

0. Einleitung

Gleichermaßen gilt für alle Menschen das Recht auf ein selbstbestimmtes und, unter Berücksichtigung der jeweiligen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, normales Leben. Das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland (vgl. GG 1998) verweist darauf mit den im ersten Teil verankerten Grundrechten: In Artikel 1 Ziffer 1 ist der Schutz der menschlichen Würde und in Artikel 2 Ziffer 1 das Recht auf freie Persönlichkeitsentfaltung festgeschrieben. Damit findet die Schutzwürdigkeit der individuellen Persönlichkeit rechtlich ihre Sicherung.

Soweit zur formal-juristischen Seite. Aber widerspiegelt sich diese auch in der Realität? Findet wirklich jeder Mensch seine gleichberechtigte Anerkennung, nur weil er ein „Mensch“ ist? Haben Menschen mit Behinderungen dieselben Möglichkeiten, wie Menschen ohne Behinderungen? Welche Anerkennung finden Menschen mit geistiger Behinderung, also jene Mitmenschen, die mehr oder minder von ihrer Umwelt abhängig sind?

Seit 2004 bin ich in unterschiedlichen Funktionen bei der Lebenshilfe Pirna-Sebnitz-Freital e.V. tätig. In dieser Zeit lernte ich die verschiedenen Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung kennen und die damit verbundenen tagesstrukturierenden Angebote. Dabei musste ich feststellen, dass zum einen die vorgehaltenen Wohnformen und Angebote für einen Personenkreis im Alter von 18 bis maximal 65 Jahren vorgesehen sind und sich zum anderen aber gerade bei den Heimbewohnern ein Generationswandel vollzieht, der sich in den folgenden Jahren fortsetzen wird. Das heißt, die Anzahl der Heimbewohner, die das 65. Lebensjahr erreichen, nimmt drastisch zu. Aber genau für diese spezielle Personengruppe gibt es derzeit weder eine den Bedürfnissen angemessene Wohnform noch werden die benötigten tagesstrukturierenden Angebote vorgehalten.

Daher möchte ich mich in meinen Ausführungen gerade diesen Menschen zuwenden und anhand eines Modellprojektes ein praktikables Beispiel einer Wohnform für Senioren mit geistiger Behinderung aufzeigen.

Methodisch möchte ich mich eingangs mit der Begriffsbestimmung, der Entstehung und den Schweregraden von geistiger Behinderung beschäftigen.

Im Weiteren werde ich einen Abriss zur Wohnsituation von Menschen mit geistiger Behinderung von der Historie bis zur Gegenwart geben. Dabei werde ich unter anderem auch die aktuelle Wohnsituation in den Einrichtungen der Lebenshilfe Pirna-Sebnitz-Freital e.V. genauer betrachten.

Besonderheiten und Prinzipien des Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung betrachte ich im 3. Kapitel eingehend und befasse mich schwerpunktmäßig mit dem Normalisierungsprinzip. Im 4. Kapitel untersuche ich die Entwicklung von Wohnformen in der Bundesrepublik Deutschland und werde dabei die gängigen Wohnformen vorstellen.

Daran anschließend unterziehe ich die Thematik „Wohnformen für über-60-jährige Menschen mit geistiger Behinderung“ einer besonderen Betrachtung. Ich werde die Frage beantworten, wie der überwiegende Teil dieses Personenkreises in meinem Wirkungskreis untergebracht ist, welche tagesstrukturierenden Angebote vorhanden sind und welche benötigt werden. Anhand eines Modellprojektes will ich ein optimales Beispiel aufzeigen, welches den Anforderungen gerecht wird.

1. Menschen mit geistiger Behinderung

Im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen Menschen mit einer geistigen Behinderung. Deshalb erfolgt zu Beginn eine Begriffsbestimmung zu den Begriffen Behinderung und geistige Behinderung. Dabei wird auf die Entstehung geistiger Behinderung und auf Einstellungen und Verhalten gegenüber dieser Personengruppe eingegangen. Es wird der Versuch unternommen, aufzuzeigen, was es bedeutet, in unserer Gesellschaft zu leben, wenn man geistig behindert ist.

1.1 Begriffsbestimmung: Behinderung

In diesem Schritt wird sich näher mit der Definition des Begriffs Behinderung auseinandergesetzt und es erfolgt eine Gegenüberstellung unterschiedlicher Ansätze.

1.1.1 Definition des Begriffs Behinderung

Es gibt eine Vielzahl von Begriffsbestimmungen oder Definitionen zur Behinderung. Viele Autoren und Autorinnen haben sich dieser Thematik gewidmet.

„Eine Definition von Behinderung ist keineswegs einheitlich. Je nach Erkenntnisinteresse..., wissenschaftlicher Disziplin und wissenschaftstheoretischer Perspektive gibt es verschiedene Begriffsdefinitionen (Windisch & Kniel 1993, S. 20).

Damit ist die Definition von Behinderung auch jeweils Ausdruck des Zwecks der Definition und somit von ökonomischen, pädagogischen, medizinischen oder auch juristischen Gesichtspunkten etc. diktiert und meist sehr eng dargestellt.

Eine allgemein anerkannte Definition von Behinderung gibt es nicht. Aber warum braucht man eigentlich eine genaue Definition dieses Begriffs? Besonders die Sozialgesetzgebung hält die Einteilungen für sehr wichtig, um nach Zuordnung des einzelnen Individuums zu einer Gruppe seine garantierten Leistungen als Sozialstaat an die Person zu bringen (vgl. Bleidick, 1977, S. 22). Das SGB IX definiert den Begriff der Behinderung als Ausgangspunkt für die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (§ 2 Abs. 1 SGB IX). Menschen sind danach behindert, wenn ihre körperliche Funktion, ihre geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen wird und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Dabei spielt es keine Rolle, ob die genannten Beeinträchtigungen angeboren, Folgen eines Unfalls oder einer Krankheit sind. Die Begriffsdefinition des SGB IX folgt der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Bisher orientierte sich der Begriff der Behinderung im Sozial- und Rehabilitationsrecht an den wirklichen oder vermeintlichen Defiziten körperlicher, intellektueller und psychischer Art. Die jetzige Begriffsbestimmung im SGB IX rückt demgegenüber das Ziel der Teilhabe an den verschiedenen Lebensbereichen in den Vordergrund. Maßgeblich ist nicht die Schädigung bzw. Beeinträchtigung selbst, sondern sind deren Auswirkungen in einem oder mehreren Lebensbereichen. Behinderung wird damit individuell sowie insbesondere auch situations- und umfeldabhängig verstanden. Bei der Definition des Behindertenbegriffs hat sich Ulrich Bleidick mit seinen Ausführungen maßgeblich beteiligt. Er schreibt: „Als behindert gelten Personen, die in Folge einer Schädigung ihrer körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen soweit beeinträchtigt sind, dass ihre unmittelbaren Lebensverrichtungen oder ihre Teilhabe am Leben der Gesellschaft erschwert werden“ (Bleidick, 1977, S. 9). Er führt weiter aus, dass jedoch der Sachverhalt der Behinderung komplexer und wichtiger ist, als es seine Definition zu verdeutlichen mag.

Im Mai 2001 hat die WHO eine weiterentwickelte Auffassung von Funktionsfähigkeit und Behinderung verabschiedet, die die bis dato gültige Dreiteilung impairment (Schädigung), disability (Beeinträchtigung) und handicap (Benachteiligung) ablöst und nun als aktuelle Definition von Behinderung gilt. Die International Classification of Functioning, Disability and Health ist eine Mehrzweckklassifikation für verschiedene Disziplinen und Anwendungsgebiete und hat die Herstellung von Chancengleichheit von Personen mit Behinderungen zum Ziel (vgl. ICF 2002, S. 10 ff).

Die ICF legt das Augenmerk auch auf die Ressourcen von Menschen mit Behinderungen und berücksichtigt außerdem Umweltfaktoren, welche für die Betroffenen von Bedeutung sind.

Die ganzheitliche und ressourcenorientierte Sichtweise der ICF bietet den Ausgangspunkt für adäquate Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen, die sich am Klienten und seinen Bedürfnissen orientieren und darüber hinaus die Wechselbeziehung zwischen Körperfunktionen und Kontextfaktoren aus der Lebenswelt der Betroffenen gleichwertig implizieren.

1.1.2 Akzeptanz gegenüber Menschen mit Behinderung

An dieser Stelle muss festgestellt werden, dass leider negative Betrachtungsweisen gegenüber Menschen mit Behinderung deutlich überwiegen.

Behinderungen weichen von den gesellschaftlichen Normen, Werten und Erwartungen ab, was in der Regel negative Reaktionen auf die Behinderung und den betroffenen Personenkreis mit sich bringt. Die Gesellschaft orientiert sich größtenteils an Gesundheit, Leistung und kompletter Handlungsfähigkeit – daher stellt Behinderung eine Abweichung dar. Alles, was aber von den Normen der Gesellschaft abweicht, wird von ihr negativ bewertet und der Betroffene erfährt meist eine reduzierte soziale Teilhabe und Integration. Es hängt also von den Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung ab, in welchem Maß und mit welchem Erfolg sich ihre Eingliederung in die Gesellschaft vollzieht (vgl. Cloerkes 1997, S. 74).

Besonders die Art der Behinderung ist entscheidend, wie sich die Einstellungen und das Verhalten gegenüber Menschen mit Behinderung ausprägen. Menschen mit geistiger oder psychischer Behinderung stoßen auf wenig Akzeptanz dafür aber auf hohe soziale Distanz im Gegensatz zu Menschen mit Körperbehinderungen und chronischen Krankheiten. Im mittleren Akzeptanzbereich liegen Menschen mit Sinnesbehinderungen (vgl. Cloerkes 1997, S. 77).

Intelligenz wird als ein hoher zentraler Wert der Gesellschaft angesehen. Je höher die durch Behinderung betroffene Funktionsleistung in der Gesellschaft eingestuft wird, desto niedriger ist die Akzeptanzbereitschaft für eben diese Behinderung (vgl. Tröster 1996, S. 189).

Kontakte mit Menschen mit Behinderung können ebenso Einstellungen und Verhalten gegenüber diesen beeinflussen, wenn es sich verstärkt um intensive Kontakte handelt und nicht um häufige, oberflächliche und zufällige Kontakte, denn „... der positive Einfluss enger, intimer Beziehungen, insbesondere das Miteinander in einem gemeinsamen Lebensraum, ist wiederholt nachgewiesen worden“ (Cloerkes 1997, S. 121).

Die Reaktion auf Menschen mit Behinderung ist im Allgemeinen durch eine hohe Widersprüchlichkeit gekennzeichnet. Bestehende Normen und Werte, die in der Regel das menschliche Zusammenleben regulieren, stoßen jedoch beim Aufeinandertreffen mit Menschen mit Behinderung an ihre Grenzen. Es entsteht ein Widerspruch zwischen der spontanen, affektiven Reaktion des Nichtbehinderten und den geltenden, erwünschten Reaktionen gegenüber Menschen mit Behinderung.

Einstellungen und Verhalten gegenüber Menschen mit Behinderung üben bestimmte Funktionen aus, die dem Selbstschutz oder der Selbstdarstellung dienen. Sie sind nicht frei wählbar oder einfach abzuändern, sondern stehen im komplexen Zusammenhang.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die eigene Angst jedes Menschen – die Angst vor Krankheit und Behinderung und vor dem Menschen mit Behinderung, die in Begegnungssituationen mit Menschen mit Behinderung entsteht (Hansen & Stein 1994, S. 235).

1.1.3 Stigma und Stigmatisierung

An dieser Stelle soll nun eine Betrachtung der Begriffe Stigma und Stigmatisierung erfolgen. Der Begriff des Stigmas wurde von dem Amerikaner E. Goffman geprägt, welcher das Stigma als ein äußeres Merkmal einer Person oder Gruppe beschreibt, dass mit negativen Bewertungen belegt ist und „bewirken kann, dass wir uns bei der Begegnung mit dem Individuum von ihm abwenden“ (Cloerkes 1997, S. 146, zit. N. Goffman, S. 11). Dieses Abwenden als Reaktion auf das bestimmte Merkmal des Individuums wird als Stigmatisierung bezeichnet, was zur Folge hat, dass diese derart klassifizierten Menschen in eine Außenseiterposition gedrängt werden.

Schnell wird deutlich, dass Einstellungen und Verhalten gegenüber Menschen mit Behinderung einen wesentlichen Anteil daran haben, was man unter dem Phänomen Behinderung versteht. Mit dem Wissen ist ein Handlungsansatz geboten, Vorurteile und negative Einstellungen anzugehen, um mehr gesellschaftliche Integration und Teilhabe zu erreichen.

Die Lebenshilfe geht davon aus, dass es normal ist, verschieden zu sein. In ihren „Visionen 2020“ spricht sie davon, dass unsere Gesellschaft die Verschiedenheit ihrer Bürger als Reichtum erkennt und konsequent das Ziel der Inklusion verfolgt. „Alle gehören dazu, unabhängig von der Art der Behinderung und vom individuellen Hilfebedarf, und die Gemeinschaft öffnet für alle die Wege zur Teilhabe (BV LH 2007. S. 5).

Der Abbau von Vorurteilen bzw. die positive Beeinflussung dieser muss zur Verbesserung der Lebenslage von Menschen mit Behinderung führen. Ein Weg dazu ist ein freiwilliger und positiver Kontakt zwischen Menschen mit und ohne Behinderung. Wenn aber Menschen mit Behinderung in allen Lebensbereichen durch Schaffung eigener institutionalisierter Wohn-, Arbeits- und Lebensformen ausgegrenzt werden, lässt sich dieser dringend erforderliche Kontakt um so schwieriger gestalten.

1.2 Begriffsbestimmung: Geistige Behinderung

In einem weiteren Schritt wird nun der Begriff geistige Behinderung näher erläutert und damit der Personenkreis, mit dem sich diese Arbeit befasst, speziell auf Menschen mit geistiger Behinderung eingegrenzt.

1.2.1 Definition des Begriffs: Geistige Behinderung

Die 1958 gegründete „Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung“ entschied sich auch in Anlehnung an die amerikanischen Begriffe „mental handicap“, „Mentally retarded“ oder „mental retardation“ (vgl. Kobi 2000, S. 69 ff) für den Begriff „geistige Behinderung“. In ihrem Grundsatzprogramm schreibt die Bundesvereinigung der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.: „Jeder Mensch ist einzigartig und unverwechselbar. Daher ist es normal, verschieden zu sein: Jeder hat seine eigenen Vorlieben und Abneigungen, Stärken und Schwächen. Niemand ist ausschließlich behindert oder nicht behindert, wie auch niemand nur krank oder völlig gesund ist.“ (BV LH 1990, S. 6). Ebenso unterschiedlich wie die Ursachen der geistigen Behinderung sind auch ihre Erscheinungsweisen und die dazugehörigen Auswirkungen auf das Leben der betroffenen Menschen. Sie sind in der Lage, am Leben teilzunehmen, ihr Leben mitzugestalten und manchmal sogar weitgehend selbständig zu führen. Der Blick auf die Gesamtpersönlichkeit muss Vorrang haben gegenüber den Einzelmerkmalen (BV LH 1990).

Wie schon bei der Begriffsbestimmung zur Behinderung gibt es auch beim Begriff der geistigen Behinderung eine Vielzahl von unterschiedlichen Definitionsansätzen und Begriffsbestimmungen.

So definiert der Deutsche Bildungsrat 1973 diesen Begriff wie folgt:

„Als geistig behindert gilt, wer infolge einer organisch-genetischen oder anderweitigen Schädigung in seiner psychischen Gesamtentwicklung und seiner Lernfähigkeit so sehr beeinträchtigt ist, dass er voraussichtlich lebenslanger sozialer und pädagogischer Hilfen bedarf. Mit den kognitiven Beeinträchtigungen gehen solche der sprachlichen, sozialen, emotionalen und motorischen Entwicklung einher. Die Ergebnisse von validen Intelligenztests, motorischen Tests und Sozialreifeskalen können Orientierungsdaten für die Abgrenzung ... zur Lernbehinderung liefern. Die Grenze wird in der Regel bei drei Standardabweichungen unterhalb des Mittelwertes zu ziehen sein (Wendeler 1993, S. 10, Aus. I. Orig.).

„Geistige Behinderung ist nicht etwas, was man hat – wie blaue Augen oder ein krankes Herz. Geistige Behinderung ist auch nicht etwas, was man ist – wie etwa klein oder dünn zu sein. Sie ist weder eine gesundheitliche Störung noch eine psychische Krankheit. Sie ist vielmehr ein spezieller Zustand der Funktionsfähigkeit, der in der Kindheit beginnt und durch eine Begrenzung der Intelligenzfunktionen und der Fähigkeit zur Anpassung an die Umgebung gekennzeichnet ist. Geistige Behinderung spiegelt deshalb das Passungsverhältnis zwischen den Möglichkeiten des Individuums und der Struktur und den Erwartungen seiner Umgebung wider“. (Lindmeier 2002, S.1, zit. N. AAMR 1992a, S.1).

Mit diesen Umschreibungen aus dem Jahre 1992 versucht die Amerikanische Vereinigung für Menschen mit geistiger Behinderung („American Association of Mental Retardation – AAMR“) als weltweit größte Interessenvereinigung von Angehörigen und Freunden von Menschen mit geistiger Behinderung eine Annäherung an eine Definition geistiger Behinderung. Sie verdeutlicht, dass geistige Behinderung – wie Behinderung überhaupt – heute nicht mehr als individuelles Merkmal eines Menschen aufgefasst wird, sondern als mehrdimensionales und relationales Phänomen (vgl. Lindmeier 1993).

Die American Association of Mental Retardation vertritt in ihrer „new definition“ von 1992 folgende mehrdimensionale und relationale Auffassung von geistiger Behinderung:

„Geistige Behinderung bezieht sich auch substantielle Einschränkungen der situativen Handlungsfähigkeit. Die intellektuellen Fähigkeiten sind signifikant unterdurchschnittlich; gleichzeitig liegen damit zusammenhängende Erschwernisse in zwei oder mehreren der nachfolgend genannten Bereichen des täglichen Lebens vor:

- Kommunikation
- Selbstversorgung
- Wohnen
- Sozialverhalten
- Benutzung der Infrastruktur

- Selbstbestimmung
- Gesundheit und Sicherheit
- Lebensbedeutsame Schulbildung
- Arbeit und Freizeit“

(Lindmeier 2002, S.1, zit. N. AAMR 1992a, S.1)

Ein ganz ähnliches Verständnis von (geistiger) Behinderung liegt der im Mai 2001 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedeten, revidierten “Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zu Grunde. „Behinderung“ wird in der ICF als jede Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit einer Person angesehen. „Funktionsfähigkeit“ ist ein mehrdimensionaler Begriff, der auch soziale Aspekte umfasst (bio-psycho-sozialer Ansatz).

Neben der Schädigung von Körperfunktion und –strukturen (z.B. Hörschädigung, Hirnschädigung) werden in der ICF auch die Dimensionen der konkret durchführbaren Aktivitäten und der Ausmaß der Teilhabe (Partizipation) an der Gemeinschaft als Messgrößen für Feststellung einer Behinderung herangezogen (vgl. Schuntermann 1999).

Eine ebenfalls multidimensionale Auffassung findet sich auch bei Otto Speck, der die geistige Behinderung in einem interaktionalen Modell begreift:

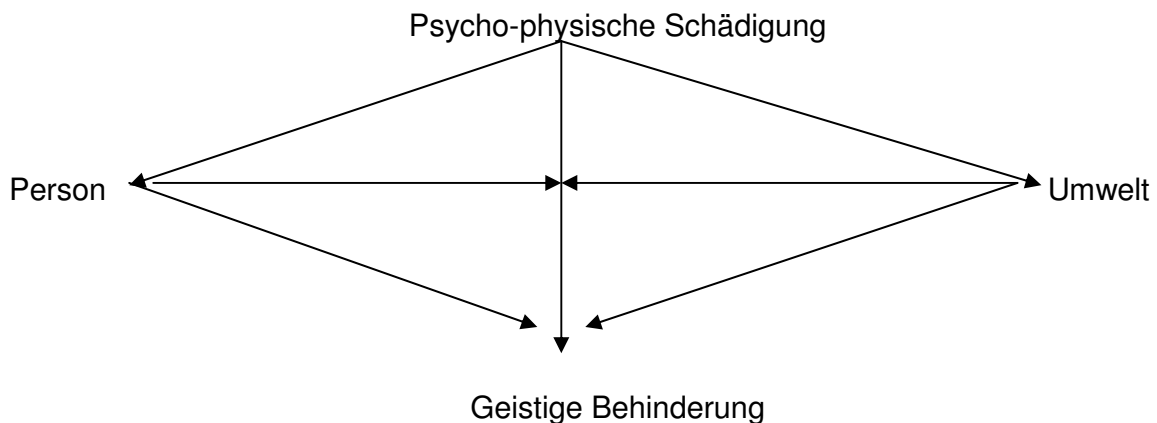


Abb. 1: *Interaktionales Modell der Genese und des Prozesses geistiger Behinderung (Speck 1993, S. 61)*

Otto Speck geht in seinem Modell davon aus, dass eine geistige Behinderung nichts Feststehendes und Unveränderbares ist, sondern „...geistige Behinderung vollzieht und verändert sich vielmehr in ständiger Wechselwirkung mit der Sozial- und Sachwelt“ (ebd.).

Danach hat geistige Behinderung eine eigene Dynamik und ist keine konstante Größe. „Die gesellschaftliche Realität einschließlich der Erziehung steht unter dem wechselwirkenden Einfluß der Realität geistiger Behinderung“ (ebd. S. 62). Dabei sind die gesellschaftlichen Erwartungshaltungen von Bedeutung, die sich in zu erfüllenden Normen

ausdrücken und vom als geistig behindert bezeichneten Menschen nicht oder nur unzureichend erfüllt werden können.

Dieses Modell macht deutlich, dass eine geistige Behinderung nicht nur durch das Vorhandensein einer organisch-genetischen Schädigung (in der Regel bezogen auf das Zentralnervensystem) entsteht, „...sondern dass diese psycho-physische Abweichung lediglich den Auslöser eines personal-sozialen Prozesses darstellt, der zur geistigen Behinderung in ihrer Komplexität führt“ (ebd. S 61).

Wie im Modell sichtbar, stehen die psycho-physische Schädigung, der Mensch selbst und die Umwelt in einer Wechselwirkung und beeinflussen sich gegenseitig. Resultat dieses Prozesses ist dann der Komplex der geistigen Behinderung (vgl ebd., S. 61 ff).

1.2.2 Entstehung geistiger Behinderung

In diesem Schritt werden Ursachen der Entstehung geistiger Behinderung betrachtet, da diese für die Lebensführung und Vergangenheitsbewältigung des betroffenen Personenkreises und ihrer Unterstützung von eminenter Bedeutung sein können. Die Betrachtung der Kausalität geistiger Behinderung als Teil der Individualität eines Menschen kann für integrative Prozesse relevant sein.

Hauptursachen für das Entstehen von geistiger Behinderung sind Schädigungen des Gehirns (vgl. Speck 1993, S. 45) bzw. Hirnfunktionsstörungen (vgl. Mühl 1991, S. 34). Auch hier treten dabei bei vielen unterschiedlichen Autoren unterschiedliche Konzepte der Einteilung und Kategorisierung auf.

Heinz Mühl zeigt in seinen Ausführungen auf, dass eine festgestellte Hirnfunktionsstörung „...nicht zwangsläufig zu einer Beeinträchtigung der Lernfähigkeit führen...“ muss (Mühl 1991, S. 37). Und „...abhängig davon sind die Folgen einer Hirnfunktionsstörung auf die Lernfähigkeit immer auch vom sozialen Umfeld abhängig...“ (ebd.).

Eine medizinische Diagnose ist in diesem Falle also nicht Endpunkt, sondern Ausgangspunkt für eine persönliche Entwicklung, die durch rehabilitative und sozialpädagogische Unterstützung begleitet wird.

Otto Speck stützt sich auf das Einteilungskonzept von Neuhäuser und Steinhausen, die die unterschiedlichen Ursachen in drei Entstehungsphasen vor, während und nach der Geburt aufteilen, welche aber im Wesentlichen die gleichen Ursachen wie die Einteilung der AAMD nennen (vgl. Speck 1993, S. 45 ff.).

Die AAMD unterscheidet zehn Gruppen von Ursachen bei der Entstehung geistiger Behinderung:

1. Infektionen und Vergiftungen (z.B. Röteln)
2. Traumen und physische Schädigungen (z.B. Sauerstoffmangel bei der Geburt)
3. Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen (z.B. Phenylketonurie)
4. Grobe Hirnerkrankungen nach der Geburt (z.B. Tumore)
5. Unbekannte vorgeburtliche Einflüsse (z.B. Mikrozephalie)
6. Chromosomenabnormitäten (z.B. Down-Syndrom)
7. Störungen während der Schwangerschaft (z.B. Frühgeburt)
8. Geistige Behinderung nach psychiatrischen Störungen (z.B. Autismus)
9. Geistige Behinderung durch Umwelteinflüsse (z.B. psychosoziale Benachteiligung)
10. Andere Ursachen (z.B. Defekte von Sinnesorganen)

(vgl. Hensle 1988, S. 110).

Es bleibt anzumerken, dass Definitionsversuche und Einteilungen dieser Art hinsichtlich der Behinderung immer dazu beitragen, dass Menschen in Gruppen kategorisiert, stigmatisiert und damit auch aus der Gesellschaft ausgeschlossen und ausgegrenzt werden. So reduziert die Diagnose „Trisomie 21“ den Menschen auf dieses Merkmal und verdeckt dabei Individualität und alle anderen Merkmale und Fähigkeiten, die für eine Person darüber hinaus charakteristisch sind. Wird in unserer Gesellschaft jemand als geistig behindert bezeichnet, dann richtet sich die Aufmerksamkeit der Gesellschaft in erster Linie auf die Mängel und Defizite.

Ziel der Sozialarbeit und Sozialpädagogik ist es jedoch, den Menschen mit geistiger Behinderung mit seiner ganzen Persönlichkeit und all seinen Fähigkeiten in den Vordergrund zu stellen und seine Bedürfnisse herauszufinden und zu befriedigen.

1.2.3 Schweregrade geistiger Behinderung

Zur Differenzierung der Grade der geistigen Behinderung wird in der Regel der Intelligenzquotient (IQ) nach Stern verwendet (vgl. Wendeler, 1993), der nach folgender Formel berechnet wird: $\text{Intelligenzquotient} = 100 \left(\frac{\text{Intelligenzalter}}{\text{Lebensalter}} \right)$.

Nach Wendeler ermöglicht der Intelligenzquotient auch im sehr niedrigen Intelligenzbereich noch relativ genaue Messungen. Um Grenzen zwischen den Behinderungsgraden festzulegen, wird die Standardabweichung des IQ als Maßeinheit eingesetzt. Nach empirischen Untersuchungen mit dem Stanford-Binet-Test beträgt die Standardabweichung

für alle Altersstufen zusammengefasst 16. Damit wurde die folgende Unterteilung in drei Behinderungsgrade vorgenommen (vgl. Wendeler, 1993):

- Ein mäßiger Behinderungsgrad (mit einem IQ-Wert zwischen 36 und 52)
- Ein schwerer Behinderungsgrad (mit einem IQ-Wert zwischen 20 und 35)
- Ein sehr schwerer Behinderungsgrad (mit einem IQ-Wert unter 20).

Gemäß dieser Festlegung stellt der IQ-Wert 52, der sich drei Standardabweichungen (bei einer Standardabweichung von 16) unter dem IQ-Durchschnitt von 100 befindet, die Grenze zwischen leichter („mild“) Retardierung, welche nach Wendeler (1993) nicht zur „geistigen Behinderung“ gehört, und den drei Schweregraden der geistigen Behinderung dar. Bei vier Standardabweichungen unter dem IQ-Durchschnitt von 100 beginnt die schwere geistige Behinderung und bei fünf Standardabweichungen die sehr schwere geistige Behinderung (vgl. Wendeler, 1993). Nach seiner Darstellung können gemäß dieser Einteilung ungefähr 58 Prozent der Menschen mit geistiger Behinderung dem Grad der mäßigen geistigen Behinderung zugeordnet werden, während etwa 33 Prozent eine schwere und ungefähr 9 Prozent eine sehr schwere geistige Behinderung aufweisen.

Die Verwendung des Intelligenzalters zur Klassifikation und Beschreibung der Schweregrade von geistiger Behinderung ist sehr problematisch. Nichtbehinderte Jugendliche im Alter von 16 Jahren erreichen zum Beispiel im sehr häufig zur Bestimmung des Intelligenzniveaus eingesetzten Stanford-Binet-Test wie auch in anderen Intelligenztests die maximal erreichbare Punktzahl. Das bedeutet, dass das Entwicklungsniveau von Personen, welche nach der oben dargestellten Einteilung der Behinderungsgrade eine mäßige geistige Behinderung aufweisen, dem Entwicklungsniveau der nichtbehinderten Sechs- bis Achtjährigen entspricht, und das Entwicklungsniveau von Personen mit schwerer geistiger Behinderung demjenigen von nichtbehinderten Vier- bis Sechsjährigen. Personen mit sehr schwerer geistiger Behinderung erreichen danach höchstens ein Entwicklungsniveau eines nichtbehinderten Vierjährigen. Mit der Verwendung des Intelligenzalters werden langfristig Erwachsene mit geistiger Behinderung mit Kleinkindern auf eine Stufe gesetzt, wobei man der deutlich höheren Lebenserfahrung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung nicht gerecht wird. Auch die Verwendung des Intelligenzquotienten zur Bestimmung der Intelligenz bei Menschen mit geistiger Behinderung ist fragwürdig, da bei Menschen mit geistiger Behinderung das Intelligenzalter nicht in gleichem Maße wie das Lebensalter ansteigt, so dass bei Ihnen der IQ mit zunehmenden Alter stetig abnimmt (vgl. Wendeler 1993).

Auch wenn gemäß der eben dargestellten Einteilung, die auch der deutsche Bildungsrat übernommen hat, die obere Grenze der geistigen Behinderung bei einem IQ-Wert von 52 liegt, existiert in der Bundesrepublik Deutschland kein allgemein anerkannter IQ-Grenzwert für die Diagnose einer geistigen Behinderung.

Im Klassifizierungssystem der American Psychiatric Association (APA), dem „Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen“ (DSM-IV), werden folgende Schweregrade der geistigen Behinderung unterschieden:

317	leichte geistige Behinderung (mit einem IQ-Wert zwischen 50-55 bis ca. 70)
318.0	mittelschwere geistige Behinderung (mit einem IQ-Wert zwischen 35-40 bis 50-55)
318.1	schwere geistige Behinderung (mit einem IQ-Wert zw. 20-25 bis 35-40) und
318.2	schwerste geistige Behinderung (mit einem IQ-Wert weniger als 20-25)

Abb. 2: Einteilung der Grade der geistigen Behinderung gemäß DSM-IV (1996)

Diese Einteilung entspricht etwa der Einteilung der ICD-10 der WHO, in der folgende Grade der geistigen Behinderung unterschieden werden:

F 70	leichte („mild“) Intelligenzminderung (mit einem IQ-Wert zwischen 50 – 69)
F 71	mittelgradige („moderate“) Intelligenzminderung (mit einem IQ-Wert zwischen 35 – 49)
F 72	schwere („severe“) Intelligenzminderung (mit einem IQ-Wert zwischen 20 – 34)
F 73	schwerste („profound“) Intelligenzminderung (mit einem IQ-Wert unter 20)

Abb. 3: Einteilung der Grade der geistigen Behinderung gemäß ICD-10 (1991)

Dabei werden in der ICD-10 die je nach Behinderungsgrad unterschiedlichen Leistungsniveaus wie folgt beschrieben:

1. Leichte Intelligenzminderung

- verzögerter Spracherwerb, meistens aber ausreichender Umfang für normale Konversation;
- meistens unabhängig in der Selbstversorgung (Essen, Waschen, Anziehen, Darm- und Blasenkontrolle, sowie in praktischen häuslichen Tätigkeiten);
- deutliche Entwicklungsverzögerung;
- Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben;
- können für eine Arbeit angelernt werden.

2. Mittelgradige Intelligenzminderung

- verlangsamte Entwicklung von Sprachverständnis und Sprachgebrauch;
- Fähigkeit zur Selbstversorgung und motorischer Fertigkeiten ist verzögert;
- Lesen, Schreiben und Zählen werden nur von einigen in geringem Umfang erlernt;
- als Erwachsene können sie einfache praktische, aber sorgfältig strukturierte Aufgaben unter Beaufsichtigung nachgehen.

3. Schwere Intelligenzminderung

- deutlich ausgeprägte motorische Schwäche, welche auf die Existenz einer klinisch signifikanten Schädigung oder Fehlentwicklung des ZNS weisen.

4. Schwerste Intelligenzminderung

- können nur in Ausnahmen Aufforderung oder Anweisungen verstehen und ausführen;
- sind immobil oder deutlich in Bewegungsfähigkeit eingeschränkt;
- sind in aller Regel inkontinent;
- rudimentäre Formen der nonverbalen Kommunikation und Unfähigkeit für eigene Bedürfnisse zu sorgen;
- sind ständig auf Hilfe und Überwachung angewiesen.

Wendeler plädiert dafür, nicht alle Grade intellektueller und sozialer Schwäche als „Geistige Behinderung“ zu bezeichnen, wie dies mit dem amerikanischen Begriff „Mental Retardation“ oder den alten psychiatrischen Begriffen „Oligophrenie“ oder „Schwachsinn“ getan wird, sondern lediglich die schwereren. Diese Abgrenzung zwischen leichten und schweren Graden intellektueller und sozialer Schwäche sollte nach seiner Ansicht beibehalten werden, denn „... die Probleme, Bedürfnisse und Fähigkeiten auf dem Niveau des leichteren Entwicklungsrückstands sind oft ganz anders als bei geistiger Behinderung“ (Wendeler, 1993, S. 15).

Eine weiterführende Betrachtung dieser Thematik würde den Rahmen dieser Diplomarbeit sprengen.

2. Wohnsituation von Menschen mit geistiger Behinderung von der Historie bis zur Gegenwart

Um das Problem der Wohnsituation von Menschen mit geistiger Behinderung in der heutigen Zeit besser verstehen zu können, ist es nach Meinung des Verfassers der Arbeit wichtig, sich auch mit Entwicklungen und Konzepten der Vergangenheit auseinander zu setzen. Damit eng verbunden sind Paradigmen der Behindertenhilfe, die nachfolgend skizzenhaft dargestellt werden.

2.1 Geschichtliche Entwicklung der Unterbringung von Menschen mit geistiger Behinderung

Im Altertum (erste schriftliche Quellen vor Christus bis ca. 476 nach Christus, Untergang West-Rom) lösten „Missgebildete“, „seelisch oder geistig Kranke und Behinderte“ bei den Menschen entweder Verehrung oder Entsetzen aus. Grund für die beiden gegensätzlichen Reaktionen war der Glaube an mythische, natur-religiös-dämonische Zusammenhänge, die die Abweichung auf eine übernatürliche oder gar göttliche Kraft zurückführten. Man nahm an „Irre“ bzw. „Behinderte“ werden durch übersinnliche Kräfte geschaffen. Ihr Vorhandensein diente wiederum der Beweisführung der unendlichen Macht dieser Kräfte und sollte die Konsequenzen aufzeigen, mit denen gegen Ungehorsam o.a. eingeschritten wurde. Damit fielen die „Abweichenden“ magisch-religiösen Praktiken zum Opfer, zum Beispiel der Aussetzung oder dem Exorzismus. Es gab aber auch noch radikalere Vorgehensweisen. Die Römer sahen im sofortigen Tod der Menschen mit einer Beeinträchtigung den einzigen Weg. Die Spartaner hatten sich dieser Sichtweise angeschlossen und warfen neugeborene Kinder mit Behinderungen in tiefe Gebirgsschluchten. Bereits in dieser Zeit wurden Menschen mit Behinderung mit Tieren oder tierischen Wesen gleichgestellt. Aristoteles nahm beispielsweise ebensolche Vergleiche vor (vgl. Speck 1993, S.13). Diese Gegenüberstellung, welche Personen mit Behinderung alles Menschlich absprach, zog sich noch lange Zeit durch die Geschichte und durch die Köpfe der Menschen.

In der Ära des Mittelalters (von 476 bis zur Reformation 1517) waren Opferung und Tötung der „Abweichenden“ in vor allem christlich motivierte Fürsorglichkeit gewandelt (vgl. ebd. S.14). Durch die Kirchen und Orden wurden Hospitale eingerichtet. Aufgabe dieser Häuser war die Aufnahme und das „rundumverpflegen“. Im Wortstamm des Wortes Hospital findet sich hospes – „der Fremde“ wieder. Dabei wird dieser Fremde weniger im Sinne von „unbekannt“ gesehen. Die Hospitäler waren eher für Menschen da, die krank, alt

oder anders – eben „Abweichend“ von der restlichen Gesellschaft – waren. Am Ende des Mittelalters verbreitete sich wieder eine mythische Sichtweise, welche Kranke und Menschen mit Behinderung mit Teufelsbesessenheit in Verbindung brachte und in der Inquisition endete.

Im 17. und 18. Jahrhundert löste dann das medizinisch-wissenschaftliche Interesse den Aberglauben ab. Vernunft und Rationalität forderten nun die Befreiung bzw. Behandlung von Kranken und Behinderten und vor allem das Recht auf Bildung aller Menschen. Das 18. Jahrhundert stellt damit den Beginn des Sonderschulwesens dar. Von da ab unterschied man jetzt zwischen „brauchbar/nicht brauchbar“, „heilbar/nicht heilbar“ oder „lernfähig/nicht lernfähig“. Damit wollte man den Arbeits- und Leistungsgedanken der zunehmenden Industrialisierung Rechnung tragen. Es setzte zu dieser Zeit der Zerfall der Großfamilien ein, die bis dahin in den meisten Fällen für die Versorgung der Familienmitglieder mit geistiger Behinderung verantwortlich waren. Damit musste für diese Menschen eine neue Form der Unterbringung gefunden werden. Mitte des 19. Jahrhunderts kam es nun zu einem rasanten Anstieg von Anstaltsgründungen. Das war zum einen Ausdruck des pädagogischen Bemühens um die Betroffenen und zum anderen aber auch ein Mittel, um die Gesellschaft vor den Weggesperrten zu beschützen. Diese Anstalten waren geprägt durch eine strenge Ordnung, die Anwendung von Zwangsmitteln und zielten meist auf eine lebenslange Verwahrung dieser Menschen ab. Mit Zunahme des medizinischen Interesses an Menschen mit geistiger Behinderung verband man nun die Überzeugung, dass eine geistige Behinderung keine Strafe Gottes sei, sondern eine Krankheit, die in einer zunehmenden Psychiatisierung der Betroffenen endete. Damit waren Menschen mit geistiger Behinderung fast immer in den psychiatrischen Einrichtungen fehlplatziert.

Ende des 18. Jahrhunderts etablierten sich erstmalig heilpädagogische Gedanken, die sich in der Betreuung von Menschen mit Behinderungen immer mehr durchsetzten. Der Utilitarismus, die Beurteilung der Nützlichkeit der einzelnen Person ausschließlich nach seiner erbrachten Leistung (vgl. Theunissen 1994, S.24), hatte auch wesentliche Einflüsse auf den Ausbau des Hilfsschulwesens. Dieses versuchte sich um ca. 1850 aus Leistungsgründen nach unten abzugrenzen. Auf diese Weise wurde eine Gruppe von Menschen mit Behinderungen als „nicht fähig für den Schulbesuch“ bezeichnet. Damit war die Ansicht der „Bildungsunfähigkeit“ geboren bzw. an der konkreten Einrichtung Hilfsschule formuliert. Für den Kreis der „Bildungsunfähigen“ stand weitestgehend die reine Pflege im Vordergrund. Arbeitende Familien sollten nicht mit sogenannten „Ballastexistenzen“ beschwert werden und damit übernahm die Anstalt die Pflege jener Person (vgl. Speck 1993, S.17ff).

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts flossen insbesondere im Deutschen Reich die sozialdarwinistische Selektionstheorie und der Gedanke der Eugenik im Umgang mit Menschen mit Behinderung ein. Das waren die ersten Schritte zum Rassendenken und der Auslese. Was in der öffentlichen Meinung weit verbreitet war, erreichte im Nationalsozialismus nun seinen Höhepunkt. Die Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ wurde durch Zwangssterilisation und Tötung von zahllosen Neugeborenen umgesetzt. Der nachhaltige Einfluss auf die Vernichtung lebensunwerten Lebens in der Zeit des Nationalsozialismus ging zweifelsohne vom Leipziger Strafrechtler K. Binding und dem Freiburger Psychiater A. Hoche aus, die zu den profiliertesten Gelehrten ihrer Zeit gehörten (vgl. Theunissen 1999, S.32). In ihrer Schrift „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ aus dem Jahr 1920 urteilten sie über den Personenkreis der schwer geistig Behinderten indem vermerkt wurde: „Sie haben weder den Willen zu leben, noch zu sterben. So gibt es ihrerseits keine beachtliche Einwilligung in die Tötung, andererseits stößt diese auf keinen Lebenswillen, der gebrochen werden müsste. Ihr Leben ist absolut zwecklos, aber sie empfinden es nicht als unerträglich. Für ihre Angehörigen wie für die Gesellschaft bilden sie eine furchtbar schwere Belastung. Ihr Tod reißt nicht die geringste Lücke“ (vgl. Binding 1920, S. 32 f.).

Damit wurde der Begriff des „lebensunwerten Lebens“ zur Normalität erhoben. Im Jahr 1933 verabschiedeten die Nationalsozialisten das erste Massenvernichtungs-gesetz des Dritten Reiches – das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Adolf Hitler ordnete 1939 durch einen Geheimerlass den „Gnadentod“ für unheilbar Kranke an. Bis zum September 1941 waren im Zusammenhang mit solchen Mordaktionen (T4) mehr als 70.000 Menschen „desinfiziert“ worden. Nach Schätzungen sind zwischen 1933 und 1945 weit über 300.000 Menschen Opfer solcher nationalsozialistischer Maßnahmen geworden, wobei sich die Aktionen nicht nur auf Fürsorgezöglinge, Hilfsschüler und Menschen mit leichter geistiger Behinderung erstreckten. (vgl. Theunissen 1999, S. 33 ff.).

Eine große Anzahl geistig behinderter Menschen starb in psychiatrischen Einrichtungen an Hunger, Überdosierung von Medikamenten und der Nichtbehandlung von Krankheiten.

Nach Ende des 2. Weltkrieges änderte sich an der Situation in der Hinsicht nicht viel – dass Menschen mit geistiger Behinderung weiter in unzumutbarer Verwahrung in vollversorgenden Großeinrichtungen blieben. Die Versorgungslage in den Einrichtungen des Reiches hatte sich mit Kriegsende immer mehr verschlechtert, das Gros der Patienten war abgemagert, klagte über Hunger und sammelte oftmals Essenreste aus den Mülltonnen.

Viele Anstalten und Anstaltsgebäude waren marode, vernachlässigt, zerstört und z.T. auch mit Flüchtlingen belegt, so dass eine menschenwürdige Versorgung und geordnete Unterbringung psychisch kranker und geistig behinderter Menschen nicht möglich war (vgl. Bier 1998, S. 13). In den 50er Jahren versuchte man sowohl in der BRD als auch in der DDR an der Anstaltspraxis vor 1933, d.h. dem Modell der Pflegeanstalten, anzuknüpfen. Aufgrund fehlender Behinderteneinrichtungen kam es dabei zu einer vermehrten Unterbringung geistig behinderter Menschen in großen psychiatrischen Anstalten, welche als Auffangbecken für alle diejenigen behinderten Menschen galten, welche nicht mehr zu Hause oder anderweitig untergebracht werden konnten. Daher fand meist auf Drängen der Ärzte eine entsprechende (möglichst frühzeitige) Einweisung statt. Auf solch einen großen Ansturm waren aber die psychiatrischen Anstalten nicht vorbereitet, noch war diese Entwicklung, welche in den späten 60er Jahren ihren Höhepunkt erreichte, im Sinne der geistig behinderten Menschen erträglich. Es kam zu drastischen Überbelegungen der psychiatrischen Krankenhäuser (vgl. Bier 1998, S. 14). Begünstigt wurde diese Entwicklung auch durch die Tendenz einiger freier oder privater Behinderten- und Pflegeeinrichtungen sowie von Ärzten, sich besonders schwierigen Schwachsinnigen durch Abschieben in psychiatrische Krankenhäuser zu entledigen. Unter der Überbelegung, die mit erheblichen Personalschwierigkeiten einherging, hatten insbesondere schwerstbehinderte Kinder zu leiden, von denen ein beträchtlicher Teil, notdürftig auf zu eng belegten Abteilungen für Erwachsene untergebracht war. So war die Lebenssituation der Betroffenen nicht günstiger sondern eher schlechter als in der Vorkriegszeit. Ein biologisch-nihilistisches Menschenbild war damit aus objektiver und subjektiver Sicht bis in die 60er Jahre hinein dominierend.

Am Begriff der Bildungsunfähigkeit oder fehlender Bildbarkeit, worunter diejenigen Menschen angesehen wurden, welche nicht in der Lage waren, die Kulturtechniken des Lesens, Schreibens und Rechnens zu erlernen, wurde bedenkenlos festgehalten. Das hatte zur Folge, dass viele geistig behinderte Kinder schulbefreit waren oder aus Hilfsschulen ausgeschult wurden. In dieser Zeit galt die Differenzierung von Patienten in heilbare und unheilbare Fälle sowohl, in der west- als auch ostdeutschen Universitäts- und Anstaltspsychologie als gefestigte aktuelle Lehrmeinung.

Erst durch die Gründung der Elternvereinigung „Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.“ 1958 trat eine deutliche Verbesserung der Betreuung von geistig behinderten Menschen in der BRD ein. Ihr ist es im Wesentlichen zu verdanken, dass neben der Begriffswandlung weg vom Schwachsinnigen hin bis zum geistig Behinderten in der Folgezeit Horte, Tagesstätten, Frühförderzentren, Wohnheime, Spezialschulen und Werkstätten geschaffen wurden.

Da in der ehemaligen DDR zu dieser Zeit keine vergleichbare Elterninitiative wachsen konnte, wurde hier weiter die Medizinisierung des Systems der Rehabilitation und insbesondere die Psychiatrisierung schwerstbehinderter Menschen betrieben. Von vornherein wurde in der DDR zwischen förderfähigen und bildungs- und förderungsunfähigen pflegebedürftigen geistig behinderten Personen unterschieden. Die Frage nach der Betreuung und Unterbringung dieses Personenkreises regelte die „Ordnung über die Durchführung der psychiatrischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen“ vom 15.05.1954 eindeutig (vgl. Bier 1988, S. 17 ff). Danach wurden Kinder und Jugendliche, bei denen die Bildungsunfähigkeit bestand in Hilfsschulen integriert. Für sogenannte schulbildungsunfähige Förderungsfähige wurden Förderstätten eingerichtet. Bei nicht bestehender Bildungsfähigkeit waren die Betroffenen durch die Abteilung Gesundheitswesen des Rates des Kreises in gesonderten Pflegeheimen oder in besonderen Abteilungen der psychiatrischen Einrichtungen unterzubringen (vgl. Adam 1998, S. 1ff.). Diese Regelung galt bis zur Wende 1989/90.

Für den Personenkreis, welcher als förderungsunfähig etikettierten Menschen begann der Prozess der Reformen in der DDR, wie er in der BRD mit der Phase der Kritik 1960 ausgelöst wurde, zeitversetzt, etwa 20 Jahre später. Im Unterschied zur Entwicklung in der BRD wurden alle Hilfen zentral geplant und organisiert. Eltern hatten einerseits keine Wahl zwischen verschiedenen Angeboten und andererseits wurde jedes Kind vom System erfasst und erhielt die zur Verfügung stehenden Hilfen unabhängig vom Engagement der Eltern. (vgl. Adam 1998, S. 1). Für die meisten anderen Menschen mit geistiger Behinderung, wies deren Rehabilitation durchaus fortschrittliche Züge auf und war zum Teil sehr weit entwickelt.

Erst mit der Psychiatrie-Enquete von 1975 wurden Reformen eingeleitet, welche die Unterbringungssituation etwas verbessern sollte. Schlechte Versorgung, Zwangsmaßnahmen, Massenunterbringungen sowie fehlende Selbstbestimmung sollten nun zu Gunsten von kleineren Wohneinheiten und gemeinwesenintegrierten Wohnformen abgeschafft. Kritisiert wurden die totalen Institutionen, die sich den Reformbewegungen lange widersetzen und die Menschen mit geistiger Behinderung in der Isolation festhielten. (vgl. Mühl 1991, S. 9 ff/Hohmeier 1993, S. 129 ff./Theunissen 1991, S. 13. ff).

Besonders tragisch waren die falsche Unterbringung der Betroffenen in psychiatrischen Einrichtungen und Hospitalisierungsschäden aufgrund der Institutionsunterbringung. Lebten Menschen mit geistiger Behinderung nicht bei ihrer Familie, sondern in Institutionen, so waren diese meist geprägt durch eine strenge hierarchische Ordnung, starre Tagesabläufe, bürokratische Regelung der menschlichen Bedürfnisse, totale Versorgung,

ein autoritär-strukturiertes Sanktionssystem und schlossen die Bewohner vor der Außenwelt und von sozialen Kontakten ab. Nach Goffman werden diese Einrichtungen als totale Institutionen bezeichnet, die den Menschen ihre Individualität und Freiheit rauben (vgl. Theunissen 1991, S. 35/Wendeler 1993, S. 104 ff). Im Ergebnis dessen ergeben sich sogenannte Hospitalisierungsschäden beim betroffenen Personenkreis, welche sich auf die menschenunwürdigen Situationen in den Einrichtungen zurückführen lassen und nicht Folge der geistigen Behinderung sind.

Nach Theunissen zählen zu diesen Hospitalisierungsschäden u.a.:

- (auto-) aggressives Verhalten
- Auffälligkeiten im Verhalten und Erleben
- Einnässen, Einkoten, Schaukelbewegungen
- Passivität, Antriebslosigkeit, Interessenverlust
- Vernachlässigung der Körper- und Kleiderpflege
- Starrheit, Widerspenstigkeit
- Unselbständigkeit, Hilflosigkeit
- Kontaktprobleme, Zwangsverhalten
- Angstzustände

(vgl. Theunissen 1991, S. 36 ff)

Ende der 70er Jahre fand in der Bundesrepublik Deutschland auf dem Gebiet der Versorgung geistig behinderter Menschen ein Paradigmenwechsel statt: Es war die Abkehr vom psychiatrischen Modell und Hinwendung zum behinderten-pädagogischen Ansatz zu erkennen (vgl. Niehoff 2002, S. 2 ff). Dieser Prozess der Umorientierung war notwendig geworden, weil vor dem Hintergrund der anti- und sozialpsychiatrischen Bewegung der späten 60er Jahre sowie mit der Psychiatrie-Enquete deutlich geworden war, dass die traditionelle Psychiatrie dem Personenkreis der geistig behinderten Menschen weitaus mehr geschadet als genutzt hatte. Im Kreuzfeuer der Kritik stand dabei insbesondere die wissenschaftliche Lehrmeinung, dass geistig schwerbehinderte Menschen bildungsunfähig, hochgradig pflegebedürftig sowie auf Grund von Hirnschädigungen und abnormen Verhaltensweisen krankenhausbearbeitungsbedürftig seien. Die Auseinandersetzung mit dem traditionellen psychiatrischen Modell fand nicht nur auf theoretischer, sondern auch auf praktischer Ebene statt. Wegweisend dazu war insbesondere die Psychiatrie-Enquete, indem sie Menschen mit geistiger Behinderung in psychiatrischen Anstalten- oder Pflegeheimen als fehlplatziert auswies und eine Trennung der

Versorgung geistig behinderter Menschen unmissverständlich empfahl. So kam es in den 80er Jahren in einigen Ländern und Regionen der Bundesrepublik zu bemerkenswerten Reformen auf dem Gebiet der Versorgung geistig behinderter Menschen (vgl. Theunissen 1996, S. 307).

Seit der Psychiatrie-Enquete sind mehrere Reformen für mehr Möglichkeiten der Beteiligung der Betroffenen an der Gestaltung der eigenen Lebensumstände durchgeführt worden. Aber immer noch werden die zu vielen und teilweise unberechtigten Heimunterbringungen sowie die Betreuung und der Umgang mit den Betroffenen kritisiert.

2.2 Entwicklung unterschiedlicher Konzeptionen

Ebenso wie die Versorgungs- und Unterbringungssituation eine Weiterentwicklung erfahren haben, entwickelten sich auch die Konzepte und Paradigmen in der Geistigbehindertenhilfe weiter – ausgehend vom kustodialen Paradigma des 19. Jahrhunderts, welches das ordnungspolitische Denken und Handeln der Zeit verkörpert, d.h. die Gesellschaft vor dem Menschen mit geistiger Behinderung zu beschützen und umgekehrt, hat sich ab 1970 der heute vorherrschende rehabilitative – sonderpädagogische Ansatz durchgesetzt. Im Mittelpunkt der Betrachtung steht neben der Behinderung und dem Defizit nun auch der personenorientierte Bedarf an Hilfe, Pädagogik und Therapie: „Durch Maßnahmen sollen Leidensfreiheit, körperliche und geistige Funktionstüchtigkeit sowie >>angepasste Unauffälligkeit<< erreicht werden (Hohmeier 1993, S. 131 Herv. i. Orig.). Neben diesem Ansatz wird heute vermehrt ein integratives, gemeinwesen- und bedürfnisorientiertes Konzept verfolgt. Ausgerichtet an den Bedürfnissen des Betroffenen zielt es auf eine Veränderung in der Gesellschaft ab. Die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung ist auf Integration und Inklusion im alltäglichen Leben ausgerichtet. Auf dieses Konzept bauen nun auch neue Formen des Wohnens auf, die individuelle Lebensverwirklichung und Integration in die Gemeinde ermöglichen sollen. Der dritte Ansatz spielt jedoch nur eine untergeordnete Rolle und wird selten in Wohneinrichtungen in reiner Form umgesetzt. Zudem wird in der Praxis meist nach einer Mischform aus allen drei Ansätzen gearbeitet, was die tatsächliche Umsetzung von Reformen noch hemmt.

Die folgende Tabelle zeigt die konzeptionelle Entwicklung der Unterbringung von Menschen mit geistiger Behinderung auf und verdeutlicht die damit verbundenen Veränderungen:

Dimension	kustodiales Paradigma	rehabilitatives Paradigma	integratives Paradigma
1. typischer Standort	außerhalb von Wohngebieten	am Stadtrand	Nähe zur Innenstadt
2. Bautypus	großer Gebäudekomplex („Anstalt“)	1 größeres Gebäude evtl. kleinere Nebenbauten	Eigenheim, Wohnung
3. Zahl der Plätze (i.d.R.)	mehr als 200	40 – 50	1 – 10
4. Beziehung zum Wohnumfeld	starke Abschottung Kontakte institutionalisiert	prinzipiell Offenheit, Kontakte werden nicht aktiv hergestellt	Kontakte werden aktiv gesucht, Bemühungen um Integration
5. Leiter	Pfarrer, Arzt	Sozialarbeiter, Sozialpädagoge, Psychologe	Sozialarbeiter, Sozialpädagoge
6. Fachliche Ausrichtung der Arbeit	Medizin	Psychologie, Sozialpädagogik	Sozialpädagogik
7. zentrale Formen professionellen Handelns	Aufsicht, Pflege, Betreuung	Förderung, Training, Therapie	Assistenz, Begleitung, Beratung
8. zentraler Bezugspunkt/Ziel der Arbeit	„Behinderung“	„Entwicklung“, Selbständigkeit	„selbstbestimmtes Leben“
9. Einstellung zu Bewohnern	pessimistisch, ängstlich	pessimistisch, ängstlich	optimistisch, vertrauensvoll
10. Kontrolle der Bewohner/hauptsächliche Mittel	dicht/Zwangsmittel, Medikament	Locker/Zuwendung Überzeugung/Verleugung	gering/Beratung, Kündigung des Mietvertrages
11. „größtes Risiko“ der Arbeit	„Entweichung“, physische Gewalt	mangelnde Motivation, Resistenz gegen pädagogische/therapeutische Impulse	Überforderung, Vereinsamung
12. Institutionalisierung der Bewohner	hoch	hoch	gering, keine
13. Übertragung von Verantwortung	wenig	mittel	viel
14. Stellenwert pädagogischer Arbeit	(ursprünglich) gering	hoch	mittel, gering (Ziel der „Endpädagogisierung“)

Tab. 1: *Konzeptionelle Entwicklung der Unterbringung von Menschen mit geistiger Behinderung (vgl. Hohmeier 1993, S. 130 ff. Herv. i. Orig.)*

Wesentliche Aussage der Tabelle ist die Hinwendung zu deutlich kleineren gemeindeintegrierten Einrichtungen, in denen die Bewohner immer im Mittelpunkt stehen. Diese Entwicklung verdeutlicht in vielen Punkten die Umsetzung von Integration und Normalisierung, die Zuwendung zu mehr Selbständigkeit und Verantwortung der Betroffenen und vor allem eine veränderte entwicklungsorientierte Sichtweise bezüglich des Menschen mit geistiger Behinderung.

2.3 Aktuelle Wohnsituation von Menschen mit geistiger Behinderung in der Bundesrepublik Deutschland

Die Angaben, wie viele Menschen mit geistiger Behinderung in der Bundesrepublik Deutschland leben, sind sehr unterschiedlich. Laut W. Thimm leben etwa 400.000 Menschen mit geistiger Behinderung (vgl. Thimm 1994, S. 5) in der BRD. Hohmeier hingegen geht von einer Anzahl aus, die zwischen 120.000 und 340.000 schwankt (vgl. Hohmeier 1993, S. 138). Nach Angaben der Bundesvereinigung der Lebenshilfe leben rund 450.000 Menschen mit geistiger Behinderung in unserem Land (Bundesvereinigung Lebenshilfe, 2002). Bei dieser Zahl handelt es sich um eine Schätzung, die auf Statistiken der Weltgesundheitsorganisation (WHO) basiert, wonach eine geistige Behinderung bei ungefähr 0.6 Prozent der Bevölkerung auftritt (Bundesvereinigung Lebenshilfe, 2000). Genauere Zahlen, welche auf Untersuchungen in ganz Deutschland beruhen, liegen bislang nicht vor.

Trotz dieser Situation lassen sich folgende Angaben zur Beschreibung der Wohnsituation von Menschen mit geistiger Behinderung machen: Etwa die Hälfte der Erwachsenen mit geistiger Behinderung lebt in der Herkunftsfamilie oder bei nahen Angehörigen (vgl. Hohmeier 1998, S. 138). Es ist nicht bekannt, wie viele dieser Personen zu den alten und älter werdenden Menschen mit geistiger Behinderung gerechnet werden können. Das erschwert die Planung von Plätzen für diesen Personenkreis in Wohneinrichtungen. Solche Plätze sollten beispielsweise bei längerer Erkrankung oder nach dem Tod der betreuenden Angehörigen, in der Regel der sehr alten Eltern, zur Verfügung gestellt werden können.

Marit Neubert schreibt: „Außerhalb der Herkunftsfamilie leben demnach ca. 60.000 erwachsene Personen mit geistiger Behinderung. Heinz Mühl gibt an, dass von diesen 60.000 Personen Anfang der 1980er Jahre (alte Bundesländer) 50.000 Menschen in Großeinrichtungen lebten, davon wiederum lebten 20.000 der Menschen mit geistiger Behinderung in psychiatrischen Einrichtungen. Ähnliche Angaben machen Klicpera et al. Für die Mitte der 1970er Jahre (alte Bundesländer): von den 61.000 Menschen mit geistiger Behinderung, die außerhalb der Familie lebten, sind 7.000 Menschen in regionalen

Wohnstätten untergebracht, 37.000 Menschen lebten in Anstalten und anderen stationären Einrichtungen und 17.000 Menschen mit geistiger Behinderung lebten in psychiatrischen Einrichtungen, wobei diese Zahl mittlerweile reduziert wurde (vgl. Klicpera & Gast-einer-Klicpera & Innerhofer, 1995, S. 45)“ (Marit Neubert, 2004). Aber auch hier gibt es unterschiedliche Angaben: Aufgrund von Stichprobenergebnissen wurde 1995 errechnet, dass in der BRD rund 94.000 Menschen mit geistiger Behinderung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe lebten (Infratest Sozialforschung, 1995). Das sind ungefähr zwei Drittel aller Bewohner von Behinderteneinrichtungen. Dabei handelt es sich vorwiegend um Erwachsene. Über 90 Prozent dieser Personen leben in Heimeinrichtungen mit einer Rundumversorgung. Davon leben ca. 57 Prozent in einem Heim oder einer Komplexeinrichtung und ca. 33 Prozent in einem reinen Wohnheim. Nur rund 6 Prozent dieser Personengruppe wohnen in betreuten Gruppen- oder Einzelwohnungen und sind dabei gemeindeintegriert untergebracht. Ein Prozent lebt in Dorfgemeinschaften und fast zwei Prozent wohnen in sonstigen Wohnformen. Wie die anderen Menschen mit geistiger Behinderung leben ist nicht bekannt (vgl. Seifert, 1998).

Aktuellere und vor allem präzisere Zahlen bezüglich der Aufteilung der Anzahl der Menschen mit geistiger Behinderung auf die unterschiedlichen Wohnformen lassen sich nicht finden.

Die Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen der Behindertenhilfe (MUG II)“ geht in einer Hochrechnung im Jahr 1997 von folgendem aus: „In die Hochrechnung wurden folgende Informationen einbezogen bzw. in ihr weiterentwickelt:

- Laut Heimgesetz stehen in 2.325 Wohneinrichtungen 115.600 Plätze zur Verfügung.
- Diese 2.325 Wohneinrichtungen entsprechen nach einem Abgleich mit der o.g. Stichprobe 75,9 % der hochgerechneten Anzahl aller Einrichtungen.
- Die verbleibenden 24,1 % repräsentieren umgerechnet 739 Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe mit rund 31.126 Plätzen (diese Platzzahl ist an empirisch ermittelten Durchschnittswerten orientiert).

Damit ergibt sich hochgerechnet eine **Gesamtzahl von 146.774 Plätzen** (Herv. i. Orig.) in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe der Bundesrepublik Deutschland“ (Wacker, Wetzler, Metzler, Hornung 1998).

Zusammenfassend kann eingeschätzt werden, dass die Unterbringung von Menschen mit geistiger Behinderung in Wohnheimen vorherrschend ist. Beklagenswert ist die

Tatsache, dass immer noch Fehlplatzierungen stattfinden und der Ausbau von offenen Wohnformen geschuldet Finanzierungsproblemen, Widerstand in der sozialen Umwelt, mangelnder Vorbereitung der Betroffenen auf ein selbständig(er)es Leben sowie der Mitarbeiter und bestehende Kapazitäten in den Großeinrichtungen gehemmt bleibt. So ist der bestehende Bedarf an vielfältigen Wohnmöglichkeiten ungedeckt und ambulante Hilfen weisen häufig Lücken auf (vgl. Fink 1996, S. 251 f./Weinwurm-Krause 1999, S.32).

2.4 Aktuelle Wohnsituation von Menschen mit geistiger Behinderung in den Einrichtungen der Lebenshilfe Pirna-Sebnitz-Freital e.V.

Die Lebenshilfe Pirna-Sebnitz-Freital e.V. betreut im Territorium des Landkreises Sächsische Schweiz-Osterzgebirge über 1.000 Menschen mit geistiger und/oder Mehrfachbehinderung in den einzelnen Geschäftsfeldern.

Konkret zum Bereich Wohnen lassen sich folgende Aussagen treffen:

Insgesamt werden hier in Wohnstätten, Außenwohngruppen, Wohnpflegestationen und dem Ambulant Betreuten Wohnen 235 Menschen mit geistiger Behinderung betreut. Davon sind 156 männlich = 66,38% und 79 weiblich = 33,62%.

In 4 Wohnstätten leben insgesamt 137 Heimbewohner, wovon 95 männlich und 42 weiblich sind. Eine Wohnstätte – die Sozialtherapeutische Wohnstätte Sebnitz - ist eine Wohnstätte für Chronisch mehrfach Abhängigkeitskranke und wird bei der weiteren Betrachtung außer acht gelassen, weil die Klientel i.d.R. keine Menschen mit geistiger Behinderung sind. In den anderen 3 Wohnstätten werden damit insgesamt 106 Plätze vorgehalten, davon sind 68 = 64,15% an eine externe Tagesstruktur angebunden und 38 = 35,85% gehören zur internen Tagesstruktur.

In den beiden Außenwohngruppen werden 20 Menschen mit geistiger Behinderung betreut, wovon 15 männlich und 5 weiblich sind.

In den beiden Wohnpflegestationen werden 15 männliche und 12 weibliche Heimbewohner betreut, also insgesamt 27 HB.

Innerhalb des Ambulant Betreuten Wohnens werden insgesamt 51 Menschen mit geistiger Behinderung betreut, davon sind 31 männlich (60,78%) und 20 weiblich (39,22%).

Detaillierte Aussagen lassen sich aus der nachfolgenden Tabelle entnehmen:

Aktuelle Wohnsituation in der Lebenshilfe Pirna-Sebnitz-Freital e.V.

Einrichtung	Heimbewohner gesamt	Heimbewohner männlich	Heimbewohner weiblich
Wohnstätte "Gottliebatal"	28	19	9
Wohnstätte Lohmen	44	28	16
Wohnstätte Neustadt	34	21	13
Wohnstätte CMA Sebnitz	31	27	4
Wohnstätten gesamt:	137	95	42
AWG Pirna	12	10	2
AWG Neustadt	8	5	3
AWG gesamt:	20	15	5
Wohnpflege "Gottliebatal"	12	6	6
Wohnpflege Neustadt	15	9	6
Wohnpflege gesamt:	27	15	12
Ambulant Betreutes Wohnen	51	31	20
Insgesamt:	235	156	79

Tab. 2 **Aktuelle Wohnsituation in der Lebenshilfe Pirna-Sebnitz-Freital e.V.**
(Daten per 31.03.2009, Quelle: LH P-S-F e.V.)

Bei der Zusammenfassung aller vorgehaltenen Wohnformen können hinsichtlich der Altersstruktur folgende Aussagen für die Einrichtungen der Lebenshilfe Pirna-Sebnitz-Freital e.V. getroffen werden:

Das Gesamtdurchschnittsalter aller Betreuten beträgt 47,15 Jahre – für die Wohnstätten beträgt es 48,83 Jahre, für die Außenwohngruppen 44,05 Jahre, für die Wohnpflegestationen 51,74 Jahre und für das Ambulant Betreute Wohnen 41,43 Jahre. Der überwiegende Teil der zu betreuenden Personen befindet sich also in der Altersgruppe 40 – 49 Jahre (70 Betreute = 29,78 %).

Bei der genauen Betrachtung der Aussagen zur Altersstruktur (siehe Anlage 1 und 2) lässt sich insbesondere für die Wohnstätten ein Generationswandel bei den Heimbewohnern nachweisen. In der Altersgruppe über 60 Jahre befinden sich 30 HB, das entspricht einem Anteil von 21,89%. Weitere 35 HB (25,55%) sind über 50 Jahre alt. Ergänzend sei erwähnt, dass die älteste Heimbewohnerin 74 Jahre alt ist.

3. Besonderheiten und Prinzipien des Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung

Im folgenden Kapitel wird auf die Bedeutsamkeit und die Funktion des Wohnens für Menschen mit geistiger Behinderung im Allgemeinen und im Besonderen eingegangen. Die Betrachtung verschiedener Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung und den darin liegenden Möglichkeiten und Grenzen der Integration und Normalisierung soll damit eingeleitet werden. Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit liegt auf der Thematik Wohnen. Die in den vorangegangenen Kapiteln herausgearbeiteten Erkenntnisse werden nun auf diesen Themenbereich angewandt.

3.1 Bedeutung des Wohnens für Menschen mit geistiger Behinderung

Wohnen steht für viele Menschen im Zentrum ihrer Bedürfnisse. Das kann für Menschen mit Behinderung in besonderer Weise gelten, wenn die Wohnung für sie den entscheidenden Lebensmittelpunkt darstellt, wie dies auch für andere Personengruppen mit wohnzentrierter Lebensweise wie Hausfrauen, Kleinkinder und alte Menschen der Fall sein kann.

Wohnen gehört zu den Grundbedürfnissen des Menschen. Wenn wir jedoch vom Wohnen sprechen, dann meinen wir damit in der Regel nicht nur die Verfügbarkeit der eigenen „vier Wände“, eine Auseinandersetzung mit diesem Thema umfasst über die unmittelbaren Wohnbedürfnisse hinaus einen wesentlichen Teil der Lebenssituation des Menschen (vgl. Klicpera, 1995).

Zu den Grundbedürfnissen des Menschen zählen unter anderem das Bedürfnis nach Interaktion mit anderen Menschen, die freie Selbstbestimmung, die Möglichkeit seine eigene Identität zu finden sowie eine möglichst große Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Diese Bedürfnisse sind bei Menschen mit und ohne Behinderung gleich.

Karola Seidel schreibt: „Wohnen ist ein Ort, an dem sich der Mensch zu Hause, heimisch oder zugehörig fühlen möchte, der Sicherheit, Schutz, Geborgenheit, Vertrautheit, Beständigkeit, Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, Selbstverwirklichung und somit die Erfüllung spezifischer Grundphänomene menschlichen Lebens ermöglichen kann. Der Mensch hat ein Bedürfnis nach Kontakt und Kommunikation – einem Raum, einem Territorium, in dem er zu Hause sein darf. Dies gilt auch uneingeschränkt für Menschen mit geistiger Behinderung, die die gleichen Wohnbedürfnisse wie andere Menschen äußern und so leben möchten wie ihre Eltern, Geschwister, Bekannte oder BetreuerInnen.“ (Karola Seidel 2003, S. 72 ff).

Geistig behinderte Erwachsene haben Anspruch auf ein eigenes Zuhause. Sie müssen die Möglichkeit haben, ihr Elternhaus im selben Alter zu verlassen wie andere junge Leute auch. Wohnen bedeutet nicht nur Versorgung, Unterkunft und Verpflegung, sondern Geborgenheit und Eigenständigkeit, Privatheit und Gemeinschaft, die Möglichkeit des Rückzugs und Offenheit nach außen. Menschen mit geistiger Behinderung sollen so normal wie möglich leben können und dazu jede Hilfe bekommen, die sie brauchen (vgl. Bundesverband Lebenshilfe 1990, S. 25).

Wohnen ermöglicht das Privatleben in einer individuell gestalteten Umgebung, dies bedeutet einen wesentlichen Beitrag zur persönlichen Identität. Für alle Menschen mit geistiger Behinderung ist die eigene Wohnung ein Ort, an dem sie sich sicher und zu Hause fühlen können, wo sie Beziehungen mit anderen Menschen eingehen und kommunizieren und wo sie ihren Bedürfnissen entsprechend leben können. Die eigene Wohnung ermöglicht ein hohes Maß an selbstbestimmtem Leben. Sie soll so gelegen sein, dass auch Beziehungen zur Nachbarschaft eingegangen werden können und eine Teilhabe am Leben in der Kommune ermöglicht wird. Unabhängig vom Bedarf an Unterstützung bei der Alltagsbewältigung sollen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung privat leben können. In der Lebensgestaltung haben behinderte Menschen weniger Alternativen als andere. Viele ihrer Möglichkeiten sind direkt an die Wohnung geknüpft. Damit kommt der Wohnung bei ihrer Lebensgestaltung eine zentrale Rolle zu. Behinderten Menschen ein lebenswertes Leben ermöglichen, bedeutet daher vor allem auch, dafür zu sorgen, dass sie angemessen wohnen können.

Es ist deutlich geworden, dass das Wohnen für alle Menschen eine große Bedeutung hat und dementsprechend bei Betrachtungen der Lebensweise und Lebensqualität im Fokus stehen muss. Zusammenfassend lässt sich sagen: „Wohnen hat also über die Befriedigung überlebenswichtiger Bedürfnisse hinaus die Funktion, Lebensmittelpunkt und Heimat zu sein und Sicherheit, Selbstbewusstsein und soziale Identität zu fördern“ (Fink 1996, S. 251).

3.2 Besondere Anforderungen an das Wohnen für den bezeichneten Personenkreis

In den Ausführungen zum Punkt 3.1 wurde deutlich, welche grundsätzliche Bedeutung das Wohnen für Menschen hat. Damit das Wohnen dem Grundanspruch der „Souveränität zur individuellen Selbstverwirklichung“ (Crämer 1990, S. 171) gerecht wird, muss es sich immer an den Bedürfnissen und persönlichen Wünschen der Menschen orientieren. Hinsichtlich der Wohnsituation von Menschen mit geistiger Behinderung ist dieser Aspekt besonders wichtig, da Art und Weise des Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung häufig persönliche Bedürfnisse einschränken (vgl. Weinwurm-Krause 1999, S. 24).

Siegmund Crämer arbeitet 1990 in einer Publikation folgende Anforderungen an das Wohnen von Menschen mit geistiger Behinderung heraus:

„Selbständigkeit in

- der wirtschaftlichen Versorgung,
- der Gestaltung der Freizeit innerhalb und außerhalb des eigenen Wohn-bereiches,
- der Wahrnehmung nachbarschaftlicher und sonstiger zwischenmensch-licher Kontakte,
- der Wahl seiner Intimpartner und der Art des Zusammenlebens mit ihm,
- der Wahrnehmung des Hausrechtes sowie aller mit dem Wohnen und Leben verbundenen Rechte“ (Crämer 1990, S. 171)

Bei einem lebenslangen Verbleib eines Erwachsenen mit geistiger Behinderung in der Herkunftsfamilie können diese genannten Anforderungen nicht zufrieden stellend erfüllt werden. Demgegenüber steht jedoch die Tatsache, dass dies bei der Hälfte der Erwachsenen mit geistiger Behinderung der Fall ist (vgl. Kap. 3.3). Es kann davon ausgegangen werden, dass durch soziale Wandlungsprozesse immer weniger Menschen mit geistiger Behinderung auf Dauer in ihren Herkunftsfamilien versorgt werden können (vgl. Hohmeier 1993, S. 138/Wendeler 1993, S. 99). In der Fachliteratur findet sich darüber hinaus fast durchgängig die Meinung, dass ein lebenslanger Verbleib in den Herkunftsfamilien keine angemessene Lösung ist (vgl. Bank-Mikkelsen 2002, S. 2/Crämer 1990, S. 171/Jantzen 1980, S. 86/Speck 1993, S. 32 ff). Der Mensch mit geistiger Behinderung übernimmt in seiner Familie die „Rolle des Unmündigen“ (Crämer 1990, S. 171), zum anderen entspricht es dem „normalen“ Sozialisationsprozess, sich als erwachsener Mensch von den Eltern abzulösen (vgl. Weinwurm-Krause 1999, S. 41.)

Genau wie Menschen ohne Behinderung durchlaufen auch Menschen mit geistiger Behinderung die Entwicklung vom Kind zum Jugendlichen und Erwachsenen. Es findet eine allmähliche Ablösung von der elterlichen Autorität statt und es entwickelt sich eine Selbständigkeit im eigenen Handeln und Entscheiden. In dieser Phase des Erwachsenwerdens müssen neben der Autonomie von den Eltern aber auch noch andere wichtige Entwicklungsaufgaben bewältigt werden, wie zum Beispiel Identität in der Geschlechterrolle, Arbeit/Beruf, Lebensstil finden, Heirat, Geburt von Kindern. In diesem Prozess sind je nach persönlichen Fähigkeiten und Kompetenzen des einzelnen Menschen mit geistiger Behinderung entsprechende Hilfen und Unterstützung zu gewähren. Die Mehrzahl der jungen Menschen mit geistiger Behinderung freut sich auf das Erwachsenwerden und die damit verbundene Selbständigkeit (vgl. Speck 1993, S. 313).

Das Zugestehen dieses Erwachsenwerdens für jeden Menschen mit geistiger Behinderung entspricht dem Normalisierungsprinzip und beinhaltet nach dem Ablösungsprozess von den Eltern die Möglichkeit, sich nach Fähigkeiten, Kompetenzen und individuellen Bedürfnissen für oder gegen eine bestimmte Wohnform außerhalb der Herkunftsfamilie entscheiden zu können. Damit können nicht nur Siegmund Crämers Anforderungen an das Wohnen der Betroffenen erfüllt werden, sondern es besteht auch die Chance, dass die besondere identitätsstiftende und schützende Bedeutung des Wohnens (vgl. Kap. 3.1) für die Betroffenen erfahrbar werden kann. Geht man von diesen Erkenntnissen aus, dann wird die Notwendigkeit eines differenzierten Wohnangebotes für Menschen mit geistiger Behinderung deutlich hervorgehoben.

3.3 Die Prinzipien „Normalisierung“ und „gemeindenahe Wohnformen“

Das sogenannte Normalisierungsprinzip ist auch heute noch, knapp 50 Jahre nach seiner erstmaligen Benennung, Gegenstand der aktuellen Diskussion der europäischen und amerikanischen Fachwelt der Behindertenpädagogik. Der Grundgedanke der Normalisierung will dem Menschen mit geistiger Behinderung ein so normales Leben wie möglich gestatten, ein Leben, das sich von seinen Möglichkeiten nicht vom durchschnittlichen Leben anderer Menschen unterscheiden soll. Dieses Normalisierungsprinzip geht auf den dänischen Juristen und Verwaltungsbeamten Niels-Erik Bank-Mikkelsen zurück und wurde am 5. Juni 1959 in das dänische „Gesetz über Fürsorge für geistig Behinderte“ aufgenommen. „Die staatlich gesteuerte Neuorganisation des Fürsorgewesens für geistig Behinderte in Dänemark, bald danach auch in Schweden, richtete sich immer wieder an diesem Grundsatz aus. Eine erste Folge war die, dass so wichtige Lebensbereiche wie Wohnen/Schlafen – Schulbereich/Arbeiten – Freizeit – medizinische/therapeutische Versorgung voneinander getrennt sein müssten, wie üblicherweise bei der übrigen Bevölkerung, und so normal wie möglich zu gestalten seien“ (Thimm 2008, S. 20).

Bank-Mikkelsen entfaltete dabei das Prinzip vor allem auf der praktischen Ebene, indem er sich auf die drei zentralen Lebensbereiche: Arbeit – Wohnen - Freizeit, und hier auf typische Bedingungen der Gesellschaft, bezog. Es ist somit normal, dass man an einem Ort wohnt und an einem anderen arbeitet. Es ist weiterhin normal, dass Kinder zu Hause wohnen und das elterliche Heim verlassen, wenn sie erwachsen sind. Es ist ferner normal, dass man Freizeit und Ferien hat, dass Kinder eine Schule besuchen, dass Erwachsene eine Arbeit haben, dass man in einem zweigeschlechtlichen Milieu wohnt und, dass man heiratet, wenn man möchte. Neben der Durchsetzung allgemein üblicher Standards

erweist sich bei Bank-Mikkelsen als zweiter tragender Pfeiler des Normalisierungsprinzips die Anerkennung individueller Bedürfnisse und Wünsche.

Bengt Nirje, Direktor der schwedischen Elternvereinigung geistig Behinderter, welcher sehr eng mit Bank-Mikkelsen kooperierte und gemeinsame Vortragsreisen zu diesem Thema durch Europa und den USA unternahm, konkretisierte 1969 durch acht Kriterien dieses Prinzip:

„1. Normaler Tagesrhythmus

Schlafen, Aufstehen, Anziehen, Mahlzeiten, Wechsel von Arbeit und Freizeit – der gesamte Tagesrhythmus ist dem altersgleicher Nichtbehinderter anzupassen.

2. Trennung von Arbeit-Freizeit-Wohnen

Klare Trennung dieser Bereiche, wie das bei den meisten Menschen der Fall ist. Das bedeutet auch: Ortswechsel und Wechsel der Kontaktpersonen.

Es bedeutet ferner, täglich Phasen von Arbeit zu haben und nicht nur einmal wöchentlich eine Stunde Beschäftigungstherapie. Bei Heimaufenthalt: Verlagerung der Aktivitäten nach draußen.

3. Normaler Jahresrhythmus

Ferien, Verreisen, Besuche, Familienfeiern; auch bei Behinderten haben solche im Jahresverlauf wiederkehrenden Ereignisse stattzufinden.

4. Normaler Lebensablauf

Angebot und Behandlung sollen klar auf das jeweilige Lebensalter bezogen sein (auch der geistig Behinderte ist Kind, Jugendlicher, junger Erwachsener usw.).

5. Respektierung von Bedürfnissen

Behinderte sollen soweit wie möglich in die Bedürfnisermittlung einbezogen werden. Wünsche, Entscheidungen und Willensäußerungen Behinderter sind nicht nur zur Kenntnis zu nehmen, sondern auch zu berücksichtigen.

6. Angemessene Kontakte zwischen den Geschlechtern

Geistig Behinderte sind Jungen und Mädchen, Männer und Frauen mit Bedürfnissen nach (anders-)geschlechtlichen Kontakten. Diese sind ihnen zu ermöglichen.

7. Normaler wirtschaftlicher Standard

Dieser ist im Rahmen der sozialen Gesetzgebung sicherzustellen.

8. Standards von Einrichtungen

Im Hinblick auf Größe, Lage, Ausstattung usw. sind in Einrichtungen für geistig Behinderte solche Maßstäbe anzuwenden, wie man sie für uns >>Normale<< für angemessen hält.“ (Thimm 2008, S. 21).

Diese Kriterien sind nicht aus wissenschaftlicher Diskussion hervorgegangen, sondern aus der Praxis für die Praxis formuliert, daher überschneiden sich die Forderungen teilweise. Es sind normative Aussagen, welche ein bestimmtes Menschenbild beinhalten und in ihrer Anwendung in der Praxis zu radikalen Änderungen führen. Sie richten sich gegen große Einrichtungen mit Schlafsälen, die zum Zeitpunkt der Formulierung an der Tagesordnung waren. Sie wenden sich gegen normierte Tagesabläufe, gegen „Männerstationen“ und „Frauenhäuser“ und vor allem gegen die damit verbundene gesellschaftliche Ausgrenzung und Stigmatisierung von Großeinrichtungen. Konsequenzen daraus sind kleine, offene, überschaubare Einrichtungen, also kleine Wohngruppen und Kleinstwohnheime, die gemeindenah bzw. gemeindeintegriert sind.

Nirje fasst diese Elemente 1977 kurz so zusammen:

- Normaler Tagesrhythmus
- Normaler Jahresrhythmus
- Normaler Lebenslauf
- Trennung der Lebensbereiche Wohnen, Arbeit und Freizeit
- Respektierung der Bedürfnisse geistig behinderter Menschen als normal
- Angemessene Kontakte zwischen den Geschlechtern
- Normaler wirtschaftlicher Standard
- Normale Standards der alltäglichen Wohn- und Lebensbedingungen

Aus dem Normalisierungsprinzip wurde das Integrationsprinzip weiterentwickelt. Leben, Wohnen, Arbeiten und Freizeitgestaltung sollen nicht abgesondert vom allgemeinen gesellschaftlichen Leben stattfinden, sondern in unmittelbarer Nachbarschaft anderer Menschen. Insbesondere Nirje hat immer wieder deutlich zu machen versucht, dass Integration ein prozesshafter, dynamischer Vorgang ist, der sich über eine lange Zeit erstrecken kann (vgl. Neumann 1999, S. 15).

Wolf Wolfensberger von der Universität Nebraska (USA) schlägt bei seinem Systematisierungsversuch 1972 eine Neuformulierung des Normalisierungsprinzips vor. Sie lautet: „Anwendung von Mitteln, die der kulturellen Norm so weit wie möglich entsprechen, mit der Absicht, persönliche Verhaltensweisen und Merkmale zu entwickeln bzw. zu erhalten, die den kulturellen Normen so weit wie möglich entsprechen.“ (Walther Thimm 2008, S. 24).

Damit präzisiert er, dass sich Normalisierung sowohl auf die angewandten Mittel der Förderung und Betreuung Behinderter bezieht als aber auch auf das Erscheinungsbild und die Verhaltensweisen der Behinderten selbst. Diese beiden Aspekte wurden von Bank-Mikkelsen und Nirje nicht so eindeutig herausgestellt. Die Forderung nach >>Normalisierung des Behinderten<< verlangt eine Erläuterung, da sie leicht missgedeutet werden könnte als bedingungsloser Imperativ, sich gesellschaftlichen Erwartung anzupassen (vgl. Walter Thimm 2008, S. 25).

Normalisierung bedeutet nach Wolfensberger somit der „Einsatz von kulturell üblichen Mitteln (gewöhnlichen, geachteten Verfahren, Hilfsmitteln und Methoden) mit dem Ziel, behinderten Menschen Lebensbedingungen (Einkommen, Wohnbedingungen, Gesundheitsdienste usw.) zu ermöglichen, welche wenigstens so gut sind wie die der anderen Bürger und die soweit wie möglich Verhaltensweisen (Fähigkeiten, Kompetenzen usw.) ihr Erscheinungsbild (Kleidung, äußere Erscheinung usw.) ihre Erfahrungen (Anpassung, Gefühle usw.) und ihren Status und ihr Ansehen (Kennzeichnungen durch andere, Einstellungen der anderen usw.) fördern und unterstützen (Seifert 1993, S. 33).

3.3.1 Entstehung und Umsetzung des Normalisierungsprinzips

Die früheste Formulierung, auf die auch alle anderen Autoren später zurückgreifen, geht auf den Juristen N.E. Bank-Mikkelsen zurück, welcher im Zusammenhang mit dem 1959 in Kraft getretenen „Gesetz über die Fürsorge für geistig Behinderte und andere besonders Schwachbegabte“ die Ziele dieses Gesetzes im dem Satz zusammenfasste: „Letting the mentally retarded obtain an existance as close to normal as posible“. Der dänische Jurist Bank-Mikkelsen hatte als Sekretär des Sozialministeriums dieses Gesetz vorbereitet und dabei die Initiativen des 1952 gegründeten Elternverbandes geistig behinderter Kinder aufgegriffen. Nach Inkrafttreten wurde er zum Leiter der dänischen Fürsorge für geistig Behinderte ernannt. Die dänische Entwicklung auf diesem Gebiet ist also auf das Engste mit dem Namen Bank-Mikkelsen verknüpft. Die Formel >>ein Leben so normal wie möglich<< erwies sich als eine verständliche und konsensfähige Strategie, mit der im Laufe der Jahre insbesondere die Umorganisation und Renovierung der großen

stationären Einrichtungen sowie der Aufbau kleiner Versorgungseinheiten durchgesetzt werden konnte (vgl. Thimm 2008, S. 89 ff).

Die dänischen Reformbestrebungen berufen sich bis heute immer wieder auf das prägnant und kurz formulierte Leitziel, >>dem geistig Behinderten ein weitgehend normales Leben zu ermöglichen<< - also normale, typische, den anderen Mitmenschen angepasste Lebensbedingungen zu verschaffen. Dabei richteten sich die Bemühungen in erster Linie gegen eine medizinisch-pflegerische Betreuung der Behinderten in großen, stationären Einrichtungen. Geistig Behinderte sollen ein so normales Leben wie nur möglich in den drei zentralen Lebensbereichen Wohnen, Arbeiten und Freizeit ermöglicht werden.

Dabei wurde von Bank-Mikkelsen eine recht folgenreiche Festlegung vorgenommen, indem er immer wieder betont, dass Normalisierung als Ziel angesehen werden muss und Integration als ein Mittel auf dem Weg zu diesem Ziel. Er schloss nicht aus, dass sich eine zeitweise Segregation (z.B. im Schul- und Wohnbereich) in gegebenen Fällen als Mittel zur Normalisierung als notwendig erweisen könnte. Von Beginn an wehrte er sich gegen das früh aufkommende Missverständnis, Normalisierung bedeute, den geistig Behinderten zur Normalität zu erziehen. Es geht ihm vielmehr darum, den anderen Menschen klarzumachen, dass geistige Behinderungen eine natürliche Variation des Menschlichen darstellen (vgl. Bonde 1981, S. 293).

Der dänische Normalisierungsgedanke wurde zuerst in Schweden aufgegriffen, und hier waren es Bengt Nirje und dann Karl Grunewald, welche das Normalisierungsprinzip als das Gestaltungsprinzip zur Reform der Geistigbehindertenfürsorge durchsetzten.

Nirje sieht >>das Normalisierungsprinzip als ein Mittel an, das dem geistig Behinderten gestattet, Errungenschaften und Bedingungen des täglichen Lebens, so wie sie der Masse der übrigen Bevölkerung zur Verfügung stehen, weitgehend zu nutzen. Folgerichtig sollte es ein Leitbild darstellen für die medizinische, pädagogische, psychologische, soziale und politische Tätigkeit auf diesem Gebiet. Entscheidungen und Aktivitäten, die aufgrund dieses Prinzips zustande gekommen sind, sind erfahrungsgemäß viel häufiger richtig als falsch<< (Nirje 1969, zitiert nach der deutschen Ausgabe von Kugel/Wolfensberger 1974, S. 69).

Gemäß den Aussagen von Nirje muss sich Normalisierung auf folgende Bereiche erstrecken: normaler Tagesrhythmus; Trennung von Arbeit-Wohnen-Freizeit; normaler Jahresrhythmus; normaler Lebenslauf; Respektierung der Bedürfnisse geistig Behinderter als normal; angemessene Kontakte zwischen den Geschlechtern, normaler wirtschaftlicher Standard, normale Standards der alltäglichen Wohn- und Lebensbedingungen.

Wolfensberger räumt Nirje ausdrücklich das Verdienst ein, durch seine Darstellungen den eher unpräzisen Gebrauch des Normalisierungsbegriffs (u.a. bei Bank-Mikkelsen) zu einem Konzept ausgebaut zu haben. Die Definition von Bengt Nirje siedelt Normalisierung auf der Mittelebene an. Auch hier ist mit Normalisierung nicht die Anpassung des Behinderten gemeint.

Der Psychologe Wolf Wolfensberger nahm eine entscheidende Ausweitung und Systematisierung des Normalisierungsprinzips vor. In den skandinavischen Ländern sowie in der Bundesrepublik Deutschland wurde das Gedankengut von Wolfensberger in den ersten Jahren kaum aufgegriffen. In der BRD wurde er erst 1979 durch ein Referat auf dem Jubiläumskongress des „Bundesverbandes für spastisch Gelähmte und andere Körperbehinderte“ bekannt.

Unter ausdrücklicher Berufung auf die beiden Begründer des Normalisierungsprinzips, Bank-Mikkelsen und Nirje, legt Wolf Wolfensberger 1972 eine neue Definition vor. Dabei nimmt er zwei entscheidende Erweiterungen vor: Er hält das Normalisierungsprinzip für universell anwendbar auf alle Menschen und Gruppen, welche sich einer gesellschaftlichen Abwertung ausgesetzt sehen und versucht eine Einbindung in soziologische Erklärungszusammenhänge:

„>>The definition of the normalization principle can be further refined as follows: >Utilization of means which are as culturally normative as possible, in order to establish and/or maintain personal behaviors and characteristics which are as culturally normative as possible<< < (Wolfensberger 1972, 28) in deutscher Übersetzung: Anwendung von Mitteln, die der kulturellen Norm soweit wie möglich entsprechen, mit dem Ziel, persönliche Verhaltensweisen und Merkmale zu entwickeln bzw. zu erhalten, die den kulturellen Normen soweit wie möglich entsprechen.“ (Thimm 2008, S. 93).

Diese Definition von 1972 wurde im Jahr 1980 noch einmal verändert. Normalisierung bedeutet: >>Einsatz von kulturell üblichen Mitteln (gewöhnlichen, geachteten Verfahren, Hilfsmitteln, Methoden) mit dem Ziel, Menschen Lebensbedingungen (Einkommen, Wohnbedingungen, Gesundheitsdienste usw.) zu ermöglichen, welche wenigstens so gut sind wie die der anderen Bürger und die soweit wie möglich Verhaltensweisen (Fähigkeiten, Kompetenzen usw.), ihr Erscheinungsbild (Kleidung, äußere Erscheinung usw.), ihre Erfahrungen (Anpassung, Gefühle usw.) und ihren Status und ihr Ansehen (Kennzeichnungen durch andere, Einstellungen der anderen usw.) fördern und unterstützen<< (Thimm 2008, S. 93).

Das Prinzip der Normalisierung ist kein einheimischer Begriff der Geistigbehindertenpädagogik der Bundesrepublik Deutschland. Die umfangreichste Gesamtdarstellung, der von Bach herausgegebene Sammelband „Pädagogik der Geistigbehinderten“ aus dem Jahr 1979 verzeichnet den Begriff nicht im Stichwortverzeichnis. In anderen Publikationen wird Normalisierung primär als sozialpolitisches Gestaltungsprinzip aufgefasst, vor allem für den Wohnbereich, und findet daher nur am Rande Erwähnung. Die Geistigbehindertenpädagogik steht hier in der Tradition der anderen sonderpädagogischen Sparten, die sich in erster Linie als Sonderschulpädagogik verstehen und kaum Einfluss nehmen auf außerschulische Lebensbereiche ihrer Adressaten und sich auch von außerschulischen pädagogischen Feldern kaum beeinflussen lassen.

Maßgeblichen Einfluss auf die Durchsetzung des Rechts auf Beschulung haben auch in der Bundesrepublik – so wie in Dänemark – die Eltern gehabt (Gründung der Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind e.V. in Marburg 1958).

Die Gründung der Lebenshilfe wird in vielen Quellen als großer Wendepunkt in der Geschichte der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung in der Bundesrepublik Deutschland gesehen. Der Bundesverband der Lebenshilfe entwickelte sich neben der Funktion der Elternvereinigung zu einem Fachverband und zum Träger (durch die Gründung von Landes- und Ortsverbände) von Diensten für das genannte Klientel. Durch eine intensive Zusammenarbeit mit den Schwesternorganisationen in Skandinavien wurde das Normalisierungsprinzip innerhalb der Lebenshilfe bald so publik, dass es nach näherer Auseinandersetzung mit der Thematik in das Grundsatzprogramm, also in die grundlegendsten Ziele und Arbeitsweisen, der Vereinigung übernommen wurde.

Von staatlicher Seite aus wurde zu Beginn der siebziger Jahre die Initiative ergriffen und eine Expertenkommission beauftragt, die Lage der Psychiatrie, zu der ja auch Personen mit geistiger Beeinträchtigung gezählt wurden, zu untersuchen. Dieses Gutachten, die Psychiatrie-Enquete (1975), und die darauf folgenden Empfehlungen der Expertenkommission, zeigten Wege und Programme zur Beseitigung der schlechten Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung auf. Jene Programme, welche dann auch zur Errichtung von Modellregionen führten, wurden unter Einfluss der Tendenzen in den skandinavischen Ländern und Dänemark aufgestellt. So hieß es zum Beispiel in der Psychiatrie-Enquete:

„Die Lebens- und Umweltbedingungen für geistig Behinderte sind so zu gestalten, dass sie, soweit wie möglich, den jeweiligen Gegebenheiten, die für Normale gelten, entsprechen.“ (Thesing 1993, S. 48 zit. N. Deutscher Bundestag 1975, S. 28).

Durch die Lebenshilfe e.V. und die Psychiatrie-Enquete bzw. die Empfehlungen der Expertenkommission wurden also erste Gedanken des Normalisierungsprinzips nach Deutschland getragen.

Es wurde erstmalig versucht durch die Arbeit der Lebenshilfe e.V. und den eingerichteten Modellregionen aufgrund der Empfehlungen der Expertenkommission nach den Grundsätzen des Normalisierungsprinzips in der Praxis zu arbeiten. Der Fehler, der allerdings bei der Übernahme des Normalisierungsprinzips erfolgte, besteht darin, dass das Prinzip in seinen Grundgedanken nicht richtig durchgedrungen wurde. Es wurde unmittelbar in die Praxis übertragen und dabei übersehen, dass das Normalisierungsprinzip in erster Linie eine sozialpolitische Ausrichtung hat.

Es entstanden, wie in anderen Ländern auch, neue Gesetzlichkeiten, wie zum Beispiel das BSHG, das SchwbG, das Betreuungsrecht (BtR), die Soziale Pflegeversicherung usw.). Diese neuen gesetzlichen Regelungen zeigten auch eindeutig mehr Chancen für den Menschen mit geistiger Behinderung auf; aber sie führten keine Wende herbei, so dass die betroffenen Personen wirklich gleichberechtigte Bürger werden konnten. Es wurden kleine Korrekturen vorgenommen, jedoch die Desintegration wurde damit nicht aufgehoben. Diese kleinen Fortschritte, welche sich vor allem in der materiellen Verbesserung der Lebensverhältnisse von Menschen mit geistiger Behinderung durch Enthospitalisierung äußerten, waren maßgebliche Ursache dafür, dass das Normalisierungsprinzip endgültig als ein Orientierungsgrundsatz in die Arbeit der Hilfen für die Betroffenen aufgenommen wurde.

Besonders in Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung, für die die Lebenshilfe e.V. die Trägerschaft übernahm, gingen die Forderungen von Bengt Nirje in die konzeptionelle Arbeit ein.

Normalisierungsbestrebungen wurden damit in erster Linie auf institutionalisierte und professionelle Dienste gerichtet, vielen Einrichtungen mehr oder weniger übergestülpt. Diesbezüglich ist auch die Aussage von Elisabeth Wacker nachzuvollziehen, die ausführt, dass Deutschland das Normalisierungsprinzip weitestgehend nur als „pädagogische Theorie“ nutzt (vgl. Wacker 1985, S. 302).

Die Implementierung des Normalisierungsprinzips in Deutschland hat also nicht den Weg von oben nach unten genommen. Eine weitere Umsetzung des Prinzips, so wie es in Nordeuropa zu verfolgen war, ist nun in Deutschland erheblich erschwert, denn jetzt muss der Weg von unten nach oben genommen werden. Es muss stets zwischen kleinen Instanzen korrespondiert werden, um ein weitreichendes Ergebnis wie zum Beispiel neue Finanzierungsmodalitäten zu erlangen.

Mit der Wiedervereinigung Deutschlands 1990 standen die Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung und die Landesregierungen der neuen Bundesländer vor ähnlichen Aufgaben, wie es vor 30 Jahren in den alten Bundesländern der Fall war. Der größte Teil des Klientels war in psychiatrischen Einrichtungen bzw. sogenannten „Heimbereichen für Behinderte“ untergebracht. Das Normalisierungsprinzip hat man wieder, den alten Bundesländern gleich, als das Leitprinzip in die praktische Arbeit übertragen.

„Der Wille zur grundlegenden, und das heißt radikalen Reform bleib jedoch aus.“ (Bradl 1996, S. 11).

Es wurden die Organisations- und Trägerstrukturen aus den alten Bundesländern übernommen (vgl. ebd. S. 10). Die Einrichtungen sollten dadurch so schnell wie möglich eine Enthospitalisierung erfahren.

3.3.2 Zentrale Aussagen zum Normalisierungsprinzip

In der Fachliteratur gibt es zahlreiche Formulierungen für das, was das Normalisierungsprinzip darstellen soll. Es wird hier auf die Erklärungsversuche eingegangen, die nach Meinung des Verfassers am aussagestärksten sind. Dabei steht die Grundaussage von Bank-Mikkelsen: „Geistig Behinderte sollen so normal wie möglich leben“ an erster Stelle der Aufzählungen.

Die folgenden Beschreibungen zum Normalisierungsprinzip sind weniger systematisiert zu betrachten. Sie beziehen sich mehr auf das allgemeine Verständnis bzw. auf das, was in der Fachliteratur unter dem Schlagwort „Normalisierungsprinzip“ zu finden ist. Es sind übergeordnete und grundlegende Inhalte.

Das Normalisierungsprinzip zielt nicht nur auf eine reine Anpassung des Menschen mit geistiger Behinderung an bestehende Normen, sondern es verlangt einen wechselseitig einwirkenden Prozess. Eine Normalisierung der Umwelt wird angestrebt. Der Zusammenhang dieser Aussage wird im folgenden Zitat deutlich.

AIMÉ LABRÉGÈRE:

„Das Einwirken im radikalsten Sinn des Wortes erfolgt

auf die

in der } Umwelt

durch die

Das Modell kann >>ökologisch<< (im weitesten Sinn des Wortes) genannt werden.“ Herv.
i. Orig. (BV LH 1986, S. 66)

In diesen beiden Sätzen bedeutet Normalisierung:

- nicht einseitige Einwirkung auf den Menschen mit geistiger Behinderung, sondern in ständiger Interaktion mit der Umwelt (auf),
- nicht in Spezialeinrichtungen, sondern in der normalen Umgebung und auch
- nicht nur durch spezialisierte Dienste, wie Ärzte, Therapeuten u.a., sondern auch durch das Gemeinwesen (vgl. ebd., S. 67). Das ist eine Normalisierung der Mittel.

Dezentralisierung sowie das Einrichten gemeindenaher bzw. gemeinschaftsbezogener Hilfen lassen sich als konkrete praktische Forderungen aus jenem Zitat ableiten. Dahinter steht weiterhin eine eindeutige Integrationsforderung.

GEORG THEUNISSEN:

„Dieses Prinzip [...] geht davon aus, dass Personen mit geistiger Behinderung die gleichen menschlichen Bedürfnisse oder Interessen wie alle anderen Menschen in der Gesellschaft haben...“ (Theunissen 1994, S. 48).

In dieser Formulierung kommt ein wichtiger Ansatzpunkt zum Ausdruck: die gleichen menschlichen Bedürfnisse. Durch deren Nennung wird der Mensch mit Behinderung automatisch mit allen anderen auf die gleiche Stufe gestellt, vor allem auf die wichtige Stufe des „Mensch-Seins“, was im Umkehrschluss Gleichberechtigung bedeutet. Es wird dadurch aber auch nachdrücklich darauf hingewiesen, dass bei der Arbeit mit diesem Personenkreis nicht vordergründig der Defekt gesehen werden soll, sondern von dem ausgegangen werden muss, was allen Menschen gemein ist.

WALTER THIMM:

„Normalisierung ist also ein Prozeß, der sich auf verschiedenen Ebenen vollzieht (Sozialpolitik; Einrichtungskonzeptionen, pädagogische und therapeutische Praxis).“ Herv. i. Orig. (Thimm 1995, S. 21)

Dieses Zitat baut unmittelbar auf die Erfahrungen in Skandinavien und Dänemark auf. Es wurde erkannt, dass, um die Lebensverhältnisse von Menschen mit geistiger Behinderung zu verbessern und ein gemeinsames, integriertes Leben in der Gesellschaft zu gestalten, mehrere Schritte gegangen werden müssen. Es müssen Veränderungen im gesamten System (Makroebene), z.B. durch Gesetze, und im kleinen unmittelbaren Lebensbereich (Mikroebene), z.B. in den Köpfen des Betreuungspersonals in einem Wohnheim, stattfinden. Erst durch eine alles umfassende Reform kann Normalisierung wirklich erfolgen.

EDUARD ZWIERLEIN:

„Normalisierung ist ein Prozess, der sich auf verschiedenen Ebenen vollzieht: Wohnen, Arbeit, Schule, Freizeit, Lebensstandard, Sexualität u.a.“ (Zwierlein 1996, S. 72)

Zwierlein baut auf das vorhergehende Zitat auf, vertieft es aber hinsichtlich der Lebensbereiche aller Menschen. Es tritt die ganzheitliche Forderung hervor, die sich aus der bisherigen besonderen Situation der Menschen mit geistiger Behinderung, vor allem durch die Schaffung von segregierenden Systemen und Einrichtungen, ergibt. Normalisierung bemüht sich um die Einschränkung jeglicher Sonderregelungen.

URSULA DENNING:

„Jeder [...] Mensch – auch der geistig behinderte, der in unseren gesellschaftlichen Bedingungen nicht ohne fremde Hilfe überleben kann – ist ein **autonomes**, gewachsenes Wesen mit Anspruch auf **Identität**, auf **einzig** und **‘einzigartiges’ ‘So-Sein’** – wie er ist und auf eigenen **Gestaltung seines Lebens** in seinem Rahmen.“ Herv. i. Orig. (Verband evangelischer Einrichtungen für geistig und seelisch Behinderte e.V. 1989, S. 14).

Auch hier finden sich wiederum die wichtigen Stichworte: Gleichstellung / Gleichberechtigung und eine deutliche Forderung nach: „... Recht auf Behinderung ...“ bzw. dem „...Recht auf Anderssein...“ Herv. i. Orig. (Böker 1990, S. 101). Die Bezeichnung des „Rahmens“ zielt auf die Individualität der einzelnen Person mit geistiger Behinderung ab und verlangt nicht Normalisierung um jeden Preis, sondern ein in sich abgestimmtes, lebenswertes Leben, wie es sich jeder wünscht und wie es jedem Mitglied der Gesellschaft zusteht. Das Anerkennen der Individualität bedeutet auch, zu jeder Zeit das Alter, die Bedürfnisse, die Auswirkungen der organischen Schädigung und das soziale Umfeld eines Menschen zu beachten und einzubeziehen.

Viele der Zitate sind im Imperativ geschrieben, sie tragen also einen fordernden Charakter. Damit werden Rechte eingefordert. Es sind solche Rechte gemeint, die meist schon der Mehrzahl der Menschen zur Verfügung steht und die nun so ausgeweitet werden sollen, dass sie für wirklich alle erreichbar sind. Realisierbar wird die Umsetzung der Forderungen grundlegend dadurch, und aus der Geschichte des Normalisierungsprinzips heraus wurde das ebenfalls sehr deutlich, dass gesetzliche Verankerungen geschaffen werden. Was dabei keinesfalls passieren darf, ist, dass neue separierende Gesetze entstehen, denn dadurch wird eigentlich nur neu etikettiert und:

„...die Form der Kostenübernahme und der Versorgung festgelegt.“

(BV LH 1986, S. 74)

Das deutsche Bundessozialhilfegesetz (BSHG), welches durch das SGB XII abgelöst wurde, oder auch das Schwerbehindertengesetz (SchwbG) sind für solche Ausnahme Gesetze gute Beispiele. Mit der Schaffung neuer schriftlich festgelegter Rechte darf die Entwicklung nicht aufhören, ansonsten wird nur ein Etikettenschwindel betrieben.

„Die Lösung ist, wie es in Norwegen gehandhabt wird, die Rechte der Behinderten in die Logik, den Geist und Buchstaben der allgemeinen Sozialgesetze zu integrieren.“ (ebd., S. 73).

Als Beispiel ist das norwegische Schulgesetz von 1975 angegeben, das nicht die Umsetzung der Sonderschulerziehung darlegt, sondern global aussagt, dass der Unterricht für jeden da ist. Es beschreibt für alle Kinder gleiche Ziele; Variationen bestehen nur aufgrund individueller Bedürfnisse (vgl. ebd., S. 73)

3.3.3 Umsetzung des Normalisierungsprinzips in der Lebenshilfe Pirna-Sebnitz-Freital e.V.

In den Einrichtungen des Vereins „Lebenshilfe für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung Pirna-Sebnitz-Freital e.V.“ ist die Umsetzung des Normalisierungsprinzips fester Bestandteil der täglichen Arbeit geworden und zieht sich wie ein roter Faden durch alle relevanten Dokumente des Vereins, wie zum Beispiel durch das Leitbild (Anlage 3).

Stellvertretend für alle Einrichtungen des Vereins bezieht sich der Verfasser der Diplomarbeit in seinen weiteren Ausführungen zu dieser Thematik auf die Wohnstätte „Gottliebshaus“.

Im Leistungsangebot der Wohnstätte „Gottleubatal“ (Anlage 4) heißt es u.a.: „In Übereinstimmung mit dem Leitbild und der Satzung des Vereins ist es unser wichtigstes Anliegen, eine umfassende Betreuung und Begleitung geistig und mehrfach behinderter Menschen vom Kleinkind bis zum Lebensende sicherzustellen, um ihnen durch die Entwicklung und Förderung ihrer individuellen sozialen Kompetenzen ein selbstbestimmtes Leben, entsprechend dem Normalitätsprinzip, zu ermöglichen“ (LH P-S-F e.V., 2008, S. 3). In Verwirklichung dessen hat sich die Wohnstätte „Gottleubatal“ zum Ziel gestellt, den Heimbewohnern die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihm die Ausübung eines angemessenen Berufs oder Tätigkeit zu ermöglichen und ihn soweit als möglich unabhängig von Pflege zu machen.

„Die Gewährleistung des Grundbedürfnisses aller Menschen nach Sicherheit, Zuwendung und Geborgenheit in einer angenehmen Atmosphäre sind Ziele der Wohnstätte. Die Entwicklung der Fähigkeit und Bereitschaft zu eigener Mitwirkung, Selbständigkeit und Selbstbestimmung in den mit dem Wohnen verbundenen Lebensbereichen, insbesondere im Bereich der Grundversorgung, bei der individuellen Lebensplanung und –gestaltung, bei der sozialen Interaktion im unmittelbaren Wohnumfeld sowie auch über den Heimbereich hinaus, im Freizeitbereich und bei den sonstigen Belangen des Wohnens sind weitere Ziele der Wohnstätte und richten sich nach den individuellen Bedürfnissen und Entwicklungsständen der behinderten Bewohner.“ (ebd. S. 4).

In Umsetzung des Normalisierungsprinzips orientieren sich die Leistungen der Wohnstätte an individuellen Förder- und Hilfeplänen unter Anwendung des Metzler-Verfahrens zur bedarfsorientierten Betreuung. Diese Pläne, die für jeden Heimbewohner erstellt werden, umfassen sozialpädagogische, therapeutische und medizinische Maßnahmen der Grund- und Behandlungspflege durch medizinisches Fachpersonal. Die Maßnahmen reichen von der Anleitung durch die Betreuer über Hilfestellung bzw. Mithilfe bis zur Begleitung und Assistenz, gegebenenfalls bis hin zur stellvertretenden Ausführung. Gemäß dem Förder- und Betreuungskonzept und dem Heimvertrag der Wohnstätte hat jeder Bewohner auch nach Ausscheiden aus der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) ein lebenslanges Wohnrecht in dieser Wohnstätte, sofern sein gesundheitlicher Zustand dies zulässt und er nicht vorrangig der Pflege bedarf.

Zu den Schwerpunkten der Förderung und Betreuung zählen u.a.:

- Mobilisierung der Ressourcen zur Erhöhung der Selbständigkeit
- Stärkung des Selbstbewusstseins und des Selbstwertgefühls durch Übernahme von Eigenverantwortung und Schaffung positiver Erlebnisse
- Befähigung zur selbstbestimmten Lebensgestaltung entsprechend der individuellen Bedürfnisse

- Selbständigkeitsentwicklung und gesellschaftliche Integration
- Entwicklung von sozialer Kompetenz und Handlungsfähigkeit in Verbindung mit dem Aufbau und Erhalt sozialer Beziehungen und Bindungen
- Aufbau und Entwicklung von Kommunikationsbereitschaft und Kommunikationsfähigkeit
- Befähigung zur Verrichtung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten
- Größtmögliche Ausgleichung des Wohnumfeldes und der Tagesstruktur an den Alltag Normalisierungsprinzip
- Motivation und Förderung zum Wechsel in die nächst höhere Wohnform (Außenwohngruppe)
- Motivation und Anleitung zur Entwicklung von Bewältigungsstrategien in allen Lebensbereichen und Begleitung bei der Durchführung
- Erhalt bzw. Förderung der Kulturtechniken bzw. deren Verfeinerung und Erweiterung

Durch das Qualitätsmanagement des Vereins wird eine Kontrolle von „außen“ sichergestellt. Hier erfolgen die Prüfung der Dokumentationen, sowie eine Prüfung des Betreuungsprozesses anhand der individuellen Förder- und Selbsthilfepläne. Die jährliche Fachkonferenz des Bereiches Wohnen stellt ein Gremium zum fachlichen Erfahrungsaustausch der einzelnen Wohnformen dar. Hier wird die höchste Ebene der interdisziplinären Zusammenarbeit praktiziert.

Die bedarfsgerecht Fortschreibung der konzeptionellen Zielsetzungen auf der Basis neuester Erkenntnisse der Behindertenhilfe ist ein wichtiger Bestandteil der Betreuungs- und Förderarbeit. Nur so kann der individuelle Hilfebedarf jedes einzelnen Bewohners an pädagogischer, medizinischer und therapeutischer Betreuung und Förderung gewährleistet und umgesetzt werden.

3.3.4 Entstehung und Umsetzung „gemeindenaher Wohnformen“

Außerhalb des klassischen Wohnheims existieren heute eine Vielzahl an differenzierten Wohnangeboten für Menschen mit geistiger Behinderung neben dem Wohnen im Elternhaus. Nach Kräling beinhalten sogenannte gemeindeintegrierte Wohnmöglichkeiten gruppengegliedertes Wohnen, Gruppenwohnungen, Einzelwohnen und Paarwohnen sowie Eltern-Kind-Wohnungen (vgl. Kräling 1995, S. 21 f.). Andere Autoren hingegen unterscheiden „geschlossene“ Wohnformen wie Anstalten und Pflegeheime sowie „offene“ Wohnformen wie Wohnen im Elternhaus, Wohnen in der Familie, Wohnen in der eigenen Wohnung, Wohngruppe/Wohngemeinschaft und in Wohnheimen. Ein „offenes“ Angebot

ist dabei im Gegensatz zum „geschlossenen“ Angebot durch die Trennung der Lebensbereiche Wohnen, Arbeit und Freizeit gekennzeichnet (vgl. Weinwurm-Krause 1999, S. 36 ff.). In den nachfolgenden Ausführungen sollen nun das klassische Wohnheim sowie gemeindeintegrierte Wohnformen im Mittelpunkt stehen. Dabei wird unter gemeindeintegrierten Wohnformen, welche auch als selbständige oder normalisierte Wohnformen bezeichnet werden, betreutes Einzel, Paar- und Gruppenwohnen in der eigenen Wohnung verstanden.

Die Vielfalt der genannten Wohnangebote ist sehr unübersichtlich, insbesondere was die Bezeichnungen betrifft, aber es widerspiegelt auch die Fülle an verschiedenen Bedürfnissen der Betroffenen.

Viele Autoren kritisieren, dass eine bessere Bedürfnisbefriedigung durch eine Differenzierung bei den Wohnangeboten in der Praxis in dieser Form nicht funktioniert. Fink schreibt dazu: „Allerdings entspricht die Variationsbreite der Wohnformen nicht der viel größeren Variationsbreite des individuellen Hilfebedarfs...hinsichtlich des Wohnens“ (Fink 1996, S. 254). Darüber hinaus wird ein hohes Versorgungsdefizit mit diesen differenzierten Wohnangeboten bemängelt, was sich auf „... Dominanz und Unflexibilität gewachsener Strukturen und traditionelle Institutionen sowie die gegenwärtigen finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen...“ (Weinwurm-Krause 1999, S. 45) zurückführen lässt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass zwar differenzierte Wohnangebote vorhanden sind sowie auch Konzepte für weiterreichende normalisierte Wohnformen, jedoch mangelt es an der praktischen Umsetzung des theoretischen Wissens und der ausreichenden und zufriedenstellenden Bedarfsdeckung.

Die Entstehung des differenzierten Wohnangebotes für Menschen mit geistiger Behinderung ist auf die Normalisierungsbewegung zurückzuführen. Andererseits ist es die Folge starker Kritik seitens betroffener Eltern und Selbsthilfegruppen an den Wohnverhältnissen Ende der 60er Jahre. „Durch ihr Engagement verliehen sie der Forderung nach Ausbau selbstbestimmter und individueller Wohnformen Nachdruck, wodurch eine Entwicklung in Gang gesetzt wurde, die neben traditionellen Großeinrichtungen auch Wohnheime, Wohngruppen und betreutes Wohnen entstehen ließ“ (ebd., S. 35). Dieser Fortschritt wurde durch die veränderte Sichtweise von Menschen mit geistiger Behinderung unterstützt, welche den Betroffenen nicht mehr als Mängelwesen ansieht, sondern als lern- und entwicklungsfähige Persönlichkeit mit besonderen Bedürfnissen.

Es hat sich ein differenziertes Wohnangebot entwickelt und es wurde auch die Möglichkeit gegeben für die Umsetzung des Integrations- und Normalisierungsprinzips. Eine freie Wahl der Wohnmöglichkeit, weitere Differenzierungen des Angebotes sowie eine

höhere Bedarfsdeckung sind jedoch auch perspektivisch in der Praxis noch zu realisieren.

3.4 Aktuelle Situation im Freistaat Sachsen und im Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge

Der Verfasser der Arbeit greift hier auf Angaben des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen sowie des Sächsischen Sozialministeriums zurück, da nicht die Möglichkeit bestand geeignete Ansprechpartner beim Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge zu finden.

Per 31.12.2007 gab es im Freistaat Sachsen insgesamt 296.485 Schwerbehinderte Menschen. Davon haben 70.304 Menschen eine geistige Behinderung.

Zum 31.12.2007 wurden im Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge insgesamt 17.858 (69,3 Menschen auf 1.000 Einwohner) Schwerbehinderte Menschen gezählt, darunter sind 3.979 mit einer geistigen bzw. seelischen Behinderung erfasst. (Statistisches Landesamt 2009).

Die Anzahl der Plätze in allen betreuten Wohnangeboten der Eingliederungshilfe (Wohnheime, Außenwohngruppen, Ambulant Betreutes Wohnen) steigt seit vielen Jahren auf zuletzt 11.630 im Jahr 2006.

Im Jahr 2005 wohnten 2.542 Menschen im ambulant betreuten Wohnen. Der Anteil des ambulant betreuten Wohnens an den Plätzen in betreuten Wohnangeboten insgesamt lag im Jahr 2005 bei 21,9 Prozent und war damit ungefähr genauso hoch wie 2004.

Im Jahr 2006 boten 205 Wohnheime insgesamt 9.286 stationäre Plätze für Menschen mit Behinderung – Außenwohngruppen mit eingerechnet – an.

Die Anzahl der Plätze in AWG hat sich deutlich erhöht. Im Jahr 2006 gab es 1.199 Plätze in AWG, von denen 70,1 Prozent geistig behinderten Menschen vorbehalten waren.

Von diesen 205 Wohnheimen sind 145 Einrichtungen für Geistig/mehrfach behinderte Menschen, in denen insgesamt 7.107 Menschen leben, das entspricht einem Anteil von 76,5 Prozent.

Im Jahr 2006 standen in den Wohnpflegeheimen im Freistaat Sachsen 634 Plätze für pflegebedürftige Menschen mit Behinderung zur Verfügung. Von diesen Plätzen sind 534 für Menschen mit geistiger Behinderung vorgesehen.

Sehr dynamisch haben sich in den letzten Jahren die Platzzahlen in AWG entwickelt. Von 378 Plätzen im Jahr 1999 stieg die Platzzahl in AWG kontinuierlich an und erreichte im Jahr 2005 bereits 1.031 Plätze. Sie machte damit 8,9 Prozent aller betreuten Wohnangebote in Sachsen aus. Im Jahr 2006 konnte die Anzahl noch einmal auf 1.199 gesteigert

werden. Davon waren 840 Plätze für Menschen mit geistiger Behinderung vorgesehen, was einem Anteil von 70, 1 Prozent entspricht (vgl. SMS 2009).

4. Überblick von Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung in der Bundesrepublik Deutschland

In diesem Kapitel soll ein Überblick über die gängigen Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung in der Bundesrepublik Deutschland gegeben werden. Dabei beschränkt sich der Verfasser der Diplomarbeit auf drei relevante Gruppen von Wohnformen. Die folgende Aufzählung erhebt daher keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

4.1 Wohnen in der eigenen Familie

Genaue Zahlen, wie viele Menschen mit geistiger Behinderung bei ihren Angehörigen leben und von diesen betreut werden, gibt es nicht. Es wird aber geschätzt, dass etwa die Hälfte aller Menschen mit geistiger Behinderung bei Angehörigen leben (vgl. Seifert, 1998). Es ist nicht bekannt, wie viele dieser Personen zu den alten und älter werdenden Menschen mit geistiger Behinderung gerechnet werden können. Diese Tatsache erschwert die Planung von Plätzen für diesen Personenkreis in Wohneinrichtungen. Solche Plätze sollten beispielsweise bei längerer Erkrankung oder nach dem Tod der betreuenden Angehörigen, in der Regel der sehr alten Eltern, zur Verfügung gestellt werden können.

4.2 Wohnen in Wohnstätten

Beim Wohnen in Wohnstätten wird generell eine Unterscheidung der Angebote nach der Tagesstruktur vorgenommen. Angeboten werden zum einen die Externe Tagesstruktur und zum anderen die Interne Tagesstruktur. Die Externe Tagesstruktur stellt eine Wohnform für Heimbewohner dar, die in einer WfbM beschäftigt sind oder einer anderen Erwerbstätigkeit nachgehen bzw. hier ist auch das Wohnen mit sonstiger Beschäftigung oder Förderung außerhalb möglich. Innerhalb der Internen Tagesstruktur erfolgt ein Wohnen mit integrierter Beschäftigung bzw. Förderung. In dieser Wohnform wohnen hauptsächlich Menschen mit geistiger Behinderung deren Schweregrad so hoch ist, dass eine Tätigkeit in einer WfbM nicht in Frage kommt. In der Regel bieten die Einrichtungen beide Tagesstrukturen an, wobei der Trend hauptsächlich zur externen Tagesstruktur

geht. Im Punkt 2.4. wurde das Verhältnis in der Lebenshilfe Pirna-Sebnitz-Freital e.V. mit 64,15% Externer Tagesstruktur und 35,85% Interner Tagesstruktur aufgezeigt.

Es gibt Wohnstätten mit über 400 Plätzen, aber auch kleinere Institutionen mit bis zu 25 Plätzen. Einrichtungen, die in freier Trägerschaft nach der Wende errichtet wurden haben unter Beachtung wirtschaftlicher und ökonomischer Aspekte sowie unter Einbeziehung von Fördermöglichkeiten in der Regel meist unter 50 Plätze. Die großen Einrichtungen zählen meist zu den „Altbeständen“ – siehe hierzu die Ausführungen im Punkt 2.

Kleinere Wohnstätten mit einer überschaubaren Bewohnerzahl können natürlich eher auf die individuellen Bedürfnisse eingehen und sind: „...zwangsläufig auf Angebote ihres Wohnumfeldes in stärkerem Maße angewiesen...“ (Weinwurm-Krause 1999, S. 50). D.h. je größer eine Einrichtung ist, desto weniger nutzen die Bewohner öffentliche Angebote und Dienste außerhalb der Einrichtung, wie zum Beispiel Friseur, Einkauf, Freizeitgestaltung usw., sondern sie greifen mehr oder weniger unfreiwillig auf die eigene zentrale Versorgung zurück. Folglich ergeben sich daraus auch weniger soziale Kontakte zu Menschen außerhalb der Wohnstätte, die Einrichtung selbst isoliert sich, die Bewohner müssen die meisten lebenspraktischen Tätigkeiten des Alltags selbst nicht ausführen, es entsteht also eine höhere Abhängigkeit gegenüber der Wohnstättenversorgung und Anregungen zu mehr Selbständigkeit und Entwicklung von eigenen Fähigkeiten bleiben verdeckt. Bereits hier lässt sich feststellen, dass die Größe der meisten Wohnstätten für Menschen mit geistiger Behinderung die Prozesse der Integration und Normalisierung einengen.

Durch die Autonomie der Wohnstätten von allgemeinen gesellschaftlichen Angeboten und die meistens abgeschiedene Lage kommt es zu einer „Selbstisolierung des Heimes und seiner Bewohner nach außen“ (ebd.). Solch abgelegene Wohnheime werden meist als „Schonraum“ bezeichnet. Dieser „...begrenzt den Lebens- und Erfahrungsraum eines Menschen auf einen Ausschnitt, der nicht der gesellschaftlichen Realität entspricht“ (Dreblow 1999, S. 138). Durch fehlende soziale Kontakte und gesellschaftliche Teilhabe auf Grund der schlechten Lage der Wohneinrichtungen werden den Bewohnern nicht nur Integrationsmöglichkeiten verwehrt, sondern Stigmatisierungsprozesse werden noch weiter verschärft. Es kommt zu keiner Auseinandersetzung der Betroffenen mit der Gesellschaft und andersherum. Das Wissen um den Menschen mit geistiger Behinderung wird damit immer davon geprägt sein, dass diese in speziellen Wohneinrichtungen abgegrenzt leben, wodurch ihnen gegenüber Vorurteile und negative Einstellungen seitens der Bevölkerung entstehen können. Da immer noch der Eindruck entsteht, die Betroffenen könnten auf Grund ihrer geistigen Behinderung nicht in der Gesellschaft integriert leben, kann man wohl längst noch nicht von einer Normalisierung in der Wohnsituation

sprechen. Bedingt durch die Beeinträchtigung findet eine Ausgrenzung und Selektion statt, die zum einen durch die abgeschiedene Lage der meisten Wohneinrichtungen räumlich ihren Ausdruck findet und zum anderen in die Köpfe der Menschen übergeht und somit die soziale Rolle der betroffenen Mitmenschen nach außen hin verschlechtert. Hinsichtlich der sozialen Kontakte muss auch kritisiert werden, dass Wohnstätten nur eingeschränkte Beziehungen und geringe Außenkontakte mit der Umgebung zulassen, da sie meist in sich geschlossen sind und die Heimbewohner zu wenig gefördert und gefordert werden, öffentliche Einrichtungen zu nutzen. Meistens besteht zwar eine hohe Innenintegration und es werden viele Möglichkeiten zu Kontakten und Beziehungen mit anderen Heimbewohnern genutzt, doch kann sich niemand freiwillig aussuchen, wenn er einem anderen Heimbewohner einmal nicht begegnen will, da das Zusammenleben meist nicht freiwillig und nach allen Bedürfnissen gestaltet werden kann.

Die Beziehungen zu den Mitarbeitern und Betreuern sind in aller Regel geprägt durch ihr Arbeitsverhältnis und ihre hierarchische Stellung zueinander. „Für den Betreuer ist die Beziehung in erster Linie ein Arbeitsverhältnis und daher nicht im Umgang mit dem einzelnen Bewohner von Freiwilligkeit, sondern von seiner Aufgabenstellung geprägt“ (Weinwurm-Krause 1999, S. 27 f.). Der tägliche Personalwechsel als auch die teilweise auftretende Fluktuation der Mitarbeiter belasten dieses Beziehungsverhältnis zusätzlich. Menschen mit geistiger Behinderung in Wohnheimen wünschen sich mehr Kontakte und soziale Beziehungen zu Menschen außerhalb der Einrichtung, was ihnen aber überwiegend verwehrt bleibt. Aber allein die Kontakte innerhalb der Einrichtung können nicht als normalisiert bezeichnet werden und zeugen auch nicht von gesellschaftlicher Integration. Innerhalb der Lebenshilfe Pirna-Sebnitz-Freital e.V. werden seit mehreren Jahren traditionelle Großveranstaltungen wie zum Beispiel das „Brunnenfest“, das „Kinder- und Familienfest“, das Sportfest, der „Kulturelle Leistungsvergleich“ und der Vereinswandertag durchgeführt, wo alle Einrichtungen des Vereins zusammentreffen. Zu Veranstaltungen innerhalb der einzelnen Einrichtungen werden auch immer Gäste aus anderen Einrichtungen eingeladen. Damit wird der Versuch unternommen, dem eben Geschilderten entgegenzuwirken.

Hinsichtlich der Möglichkeiten zur Mitbestimmung der Bewohner von Wohnstätten hat sich die Situation mit der „Verordnung über die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner in Angelegenheiten des Heimbetriebes – (Heimmitwirkungsverordnung – HeimmwV) vom 25.07.2002 verbessert. Mit dieser Verordnung sind die Träger gemäß § 2 gehalten „...auf die Bildung von Heimbeiräten hinzuwirken...“ (HeimmwV 2002). Die Träger haben die Heimbeiräte diejenigen Kenntnisse zum Heimgesetz und seiner Verordnungen zu vermitteln, die für ihre Tätigkeit erforderlich sind. Die Umsetzung dieser

Verordnung in Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung bringt natürlich auch immer gewisse Probleme mit sich. So werden Schwerpunkte, wie beispielsweise die Gestaltung des Essensplanes oder des Kultur- und Sportplanes sowie des „Ämterplanes“ (Plan zur Verteilung einzelner Aufgaben unter den Heimbewohnern – Anm. d. V.) im Vordergrund stehen.

Die Wahrung der Intimsphäre in Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung gestaltet sich in den meisten Fällen als schwierig und wird auch oft kritisiert, da es ein Lebensbereich ist, wo viele Menschen auf vergleichsweise engem Raum miteinander wohnen und leben. Die Distanzierung von anderen Mitbewohnern und Betreuern sowie die klare Abgrenzung eines Privatbereiches ist nicht unproblematisch, insbesondere wenn ältere Einrichtungen fast ausschließlich über Doppel- oder Mehrbettzimmer verfügen. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung hat diesbezüglich festgestellt, dass nur 38% der Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderung in einem Einzelzimmer leben, wobei dies jedoch für 60% der Menschen mit psychischer oder körperlicher Behinderung zutrifft. Darüber hinaus finden sich fast ausschließlich bei Menschen mit geistiger Behinderung noch Vier- oder Mehrbettzimmer (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998, S. 88). Das Leben in einem Doppelzimmer bedeutet stets Kompromisse einzugehen und die Einschränkung der eigenen Bedürfnisse.

Das Merkmal der Gruppenstrukturierung spielt bezugnehmend auf die Maßstäbe Selbstverwirklichung und Individualität eine recht große Rolle. Statistisch gesehen gestaltet sich die Situation für Menschen mit geistiger Behinderung folgendermaßen:

- 10% der Heimbewohner leben in einer Gruppe mit 16 oder mehr Personen;
- 25% der Heimbewohner leben in einer Gruppe mit bis zu 15 Personen und
- 30% der Heimbewohner leben in einer Gruppe mit 8 bis 11 Personen.

(vgl. ebd. S. 87).

Im Vergleich mit anderen Behinderungsarten leben Menschen mit geistiger Behinderung in größeren Gruppen und werden damit am meisten benachteiligt (vgl. Wetzler 1998, S. 62).

Eva Maria Weinwurm-Krause trifft die Feststellung, dass eine Gruppenstrukturierung dieser Art Menschen mit geistiger Behinderung im Besonderen einen überschaubaren Lebensraum biete und damit angemessen sei (vgl. Weinwurm-Krause 1999, S. 50). Verglichen mit den Prinzipien der Normalisierung und unter Beachtung der besonderen Bedeutung des Wohnens für jeden Menschen und seine soziale Identität lässt sich diese Haltung jedoch nicht vereinbaren. Bezogen auf die genannten Gruppengrößen in Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung kann dieser Lebensraum nicht als überschaubar und normalisiert betrachtet werden. Ein erster Schritt, die Lebensbedin-

gungen der betroffenen Personen zu verbessern, wäre die Schaffung kleinerer Gruppen. „Eine kleine Gruppe in einem Wohnheim beeinflusst normalisierte Lebensbedingungen. Es zeigt sich, dass Mitarbeiter in kleinen Gruppen viel mehr Möglichkeiten haben, sich auf den Einzelnen einzustellen und individuell mit ihm umzugehen“ (Spiegel 1999, S. 118).

Der Tagesablauf in Wohneinrichtungen wird überwiegend vom Personal und der Verwaltung bestimmt und durch Kontrolle und Reglementierung gekennzeichnet. Eine individuelle und eigenverantwortliche Lebensführung der Betroffenen kommt in aller Regel zu kurz. Es erscheint daher logisch: „Die bestehenden Reglementierungen des Tages- und Wochenverlaufs bedeuten für viele Menschen mit Behinderung, die im Heim leben, über Jahre hinweg ein Leben nach einem Terminplan, der von anderen gestaltet wird und dem sie sich nicht als Akteure ihres Lebens erleben“ (Metzler & Wacker, 1998, S. 84).

Allgemein kann die Feststellung getroffen werden, dass Wohnstätten eine anregungsarme Lebenswelt darstellen, wodurch das Defizit-Denkmodell bezüglich des Menschen mit geistiger Behinderung bestätigt und verstärkt wird, d.h. durch fehlende Entwicklungsmöglichkeiten und Perspektiven für den Betroffenen erscheint dieser dann schlussendlich genauso hilflos, wie man ihn vorher definiert hat. Thesing spricht hier von der Theorie der gelernten Hilflosigkeit: „Leben Menschen in Institutionen, in denen ihnen alle Entscheidungen abgenommen werden, entwickeln sie ein Verhalten der Hilflosigkeit und Apathie“ (Thesing 1993, S. 149). Je mehr die Bewohner in lebenspraktische Tätigkeiten wie Wäsche waschen, Zimmer reinigen, Lebensmittel einkaufen oder Essen zubereiten einbezogen werden und ihnen zugetraut wird, desto besser können sich eigene Kompetenzen und Fähigkeiten entwickeln.

In den Einrichtungen der Lebenshilfe Pirna-Sebnitz-Freital e.V. wird diesen Erscheinungen durch die tatkräftige Einbeziehung der Heimbewohner entgegengewirkt – siehe hierzu auch das Leistungsangebot der Wohnstätte „Gottleubatal“ (Anlage 4).

Abschließend bleibt anzumerken, dass Wohnstätten ein Lebensraum für sehr viele Menschen mit geistiger Behinderung sind und oft nur das einzig Mögliche zu Hause darstellen. Dabei ist natürlich auch die Schwere der Behinderung zu beachten, die in vielen Fällen keine andere Wohnform zulässt, die vielleicht mehr Möglichkeiten zur Integration und Normalisierung zulassen würde. Daher müssen besonders Wohnstätten für Menschen mit geistiger Behinderung kritisch unter diesen Prinzipien betrachtet und im Sinne der Qualitätssicherung überprüft werden. Die Lebenshilfe Pirna-Sebnitz-Freital e.V. wurde 2005 mit all seinen Einrichtungen nach der DIN ISO 9001:2000 zertifiziert und stellt sich regelmäßig der Überprüfung.

4.3 Betreute Wohnformen

Betreute Wohnformen, wie sie im Folgenden dargestellt werden, umfassen das Einzel-, Paar- und Gruppenwohnen in normalen Ein- oder Mehrfamilienhäusern. bzw. in Mietwohnungen. Sehr wichtig dabei ist, dass sich dieser Lebensraum nicht auf dem Territorium einer Institution befindet oder in einem nur vom Träger genutzten Haus. Das Zusammenleben innerhalb des Paar- und Gruppenwohnens ist von einem hohen Maß an Freiwilligkeit bestimmt. Die Betreuung findet nicht rund um die Uhr statt, sondern zu festgelegten Zeiten am Tag, die je nach Bedarf individuell festgelegt sind.

Charakteristisch für diese Wohnform ist weiterhin das gemeinsame Erledigen von Hausarbeiten durch Bewohner und Betreuer sowie die in der Gruppe ausgehandelten Regeln des Zusammenlebens (vg. Thesing 1993, S. 80 f.). Hinsichtlich der Gruppengröße geht die einschlägige Fachliteratur davon aus, dass sechs Bewohner in einer Wohngruppe zusammenleben sollten.

Mit der Entstehung von differenzierten Wohnangeboten hat besonders das Ambulant Betreute Wohnen als neueste Wohnform an Bedeutung gewonnen. Diese Wohnmöglichkeit hat sich in der Praxis erst in den letzten Jahren herausgebildet, kommt aber dem Normalisierungsprinzip und dem Integrationsparadigma am nächsten und „...stellt als letztes Glied eines Wohnverbundsystems gewissenmaßen das >>Eingangstor<< zu einem völlig selbständigen und selbstbestimmten Leben außerhalb (ständiger) institutioneller Betreuung dar“ (Hohmeier 1993, S. 141, Herv. i. Orig.).

Im Sinne einer freien Wahl der Wohnform für Menschen mit geistiger Behinderung sind die ambulanten Betreuungsdienste in der Behindertenarbeit unerlässlich. Zahlreiche Fachautoren sind zu der Überzeugung gelangt, dass bei adäquater Betreuung und Begleitung jeder Mensch in der eigenen Wohnung leben kann, wenn dies im Einzelfall gesehen auch den Wünschen und Bedürfnissen des Betroffenen entspricht (vgl. Weinwurm-Krause 1999, S. 35).

Voraussetzungen für das Leben in einem betreuten Einzel, Paar- oder Gruppenwohnen in der eigenen Wohnung liegen weniger in der Schwere der Behinderung oder dem Ausmaß der Selbständigkeit der Betroffenen, viel wichtiger ist der eigene Wunsch und Wille, ein eigenständiges Leben dieser Art zu führen. Voraussetzung ist ein gewissen Mindestmaß an Selbständigkeit, wie zum Beispiel pünktliches Aufstehen und zur Arbeit gehen oder Hilfe holen können. Diese Mindestanforderungen können nicht durch die beste und flexibelste Begleitung durch Betreuer ausgeglichen werden und ist ein unbedingtes Muss

für das ambulant betreute Wohnen. Die Eignung für dieses Wohnangebot muss in jeder Falle einer Einzelfallprüfung unterzogen werden.

Die Erwartungen der Bewohner an das ambulant betreute Wohnen lassen sich wie folgt charakterisieren:

Wunsch nach Freiheit

Wunsch nach Selbständigkeit

Wunsch nach Anregung und Kommunikation

(vgl. Thesing 1993, S. 126).

Die Bedürfnisse der Bewohner werden von den Prinzipien der Integration und Normalisierung getragen und entsprechen im Grunde dem, was jeder Mensch unter einem normalen Leben versteht – doch:

„Wohnheime entsprechen aber nicht dem, was gemeinhin unter einem „normalen“ Wohnen verstanden und aus Sicht vieler Betroffener als wünschenswert erachtet wird: das Leben in der eigenen Wohnung, in einer kleinen Gruppe, in einem „normalen“ Wohnhaus in der Stadt...; von daher ergibt sich die Notwendigkeit, der Schaffung eines differenzier-ten gemeindeintegrierten Wohnangebotes mit kleinen dezentralen Wohnformen und den notwendigen komplementären Diensten“ (Theunissen & Dieter & Neubauer 2002, S. 64, Herv. u. Ausl. I. Orig).

Es ist wichtig, dass Menschen mit geistiger Behinderung prinzipiell die Möglichkeit gegeben ist, eine ambulante Wohnform entsprechend den Fähigkeiten und Bedürfnissen zu erreichen und sich damit weiter zu entwickeln. Es hängt verstärkt von der Umwelt des Betroffenen ab, welche Potentiale er für die Normalisierung seiner Lebensgestaltung entwickeln kann. Je mehr eigene Lernerfahrungen ihm ermöglicht werden, desto mehr Selbständigkeit, Integration und Normalisierung bestimmen sein Leben.

Das Prinzip der Gemeindenähe ist sehr bedeutsam für die Integrations- und Kommunikationsprozesse, d.h. die Erreichbarkeit von öffentlichen Einrichtungen und die Möglichkeit, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, wodurch wiederum notwendige Lernprozesse angeregt werden. Beim ambulant betreuten Wohnen in einem Wohngebiet mit einer normalen Infrastruktur kann man im Gegensatz zu abgelegenen Wohnheimen zumindest eine bessere Integration beobachten. Die Wohnungen innerhalb des ambulant betreuten Wohnens sind von außen nicht als Wohnungen von Menschen mit geistiger Behinderung zu erkennen und damit ist von vornherein schon mit weniger Ausgrenzung zu rechnen. Einzelne Wohnungen vermitteln nicht den Eindruck, dass die Betroffenen in einer großen homogenen Gruppe leben müssen. Es wird deutlich, dass die Lage der betreuten Wohnungen dem Normalisierungsprinzip wesentlich näher kommt als dies Wohnstätten tun.

Nimmt man den Vergleich zwischen städtischen und ländlichen Gebieten vor, findet sich jedoch keine klare Aussage, welcher Wohnraum zur Integration der Betroffenen besser geeignet wäre (vgl. Thesing 1993, S. 164). In beiden Fällen erfolgt die Integration nicht durch die bloße Anwesenheit von Menschen mit geistiger Behinderung, sondern es braucht aktive Integrations- und Gemeinwesenarbeit. In betreuten Wohngruppen und Wohnungen besteht eher die Möglichkeit, auf die Wünsche der Betroffenen hinsichtlich einer Wohnung in städtischer oder ländlicher Gegend einzugehen. Bei gekauften oder gemieteten Wohnungen kann man wiederum besser auf individuelle Wohnbedürfnisse eingehen und ist damit flexibler.

Beim Leben in der eigenen Wohnung besteht die Gefahr einer möglichen sozialen Isolation. „Es ist nicht immer jemand da, der behinderte Mensch hat keine Anregung, der Trubel der großen Gruppe fehlt“ (Gromann 1995, S. 177). Eine Wohnung in einem belebten Stadtteil bedeutet natürlich nicht die sofortige Integration und eine Vielfalt sozialer Beziehungen. Hier müssen Betreuer, Freizeit- und Gemeinwesenangebote dafür Sorge tragen, dass Vereinsamung und Isolation vermieden werden, denn schließlich ist Integration ein prozessualer und steuerungsbedürftiger Prozess. Es darf auch nicht vergessen werden, dass weder unfreiwilliges Gruppenleben in Wohnheimen sowie das anonyme Großstadtleben vieler Menschen ohne Behinderung nicht unbedingt als normalisiert bezeichnet werden können.

Sehr wichtig sind auch im ambulant betreuten Wohnen die Beziehungen zwischen Mitarbeitern und Betreuten. Die Mitarbeiter werden in dieser Wohnform in aller Regel aber nicht so stark als Vorgesetzte angesehen und daher ist die Beziehung von Anfang an weniger durch das Arbeits- und Abhängigkeitsverhältnis zum Betreuer geprägt. Dies ist auch der Tatsache geschuldet, dass die Betreuer nicht ständig vor Ort sind und deshalb nicht so kontrollierend wirken. Bei der Analyse der Beziehung zwischen Betreutem und Betreuer kann man gewissermaßen von einer Partnerschaft sprechen und es herrscht in den meisten Fällen auch eine sehr persönliche Atmosphäre. Dies zieht nach sich, dass von den Betreuern eine sehr professionelle Arbeit vorausgesetzt werden muss.

Hinsichtlich der Mitspracherechte scheint es von Vorteil, wenn die Bewohner auch im Mietvertrag der Wohnung erscheinen oder zumindest eine Untervermietung mit dem Träger des Betreuten Wohnens eingehen. Damit erscheinen die Betroffenen nicht nur in der Rolle der zu Versorgenden, sondern sie haben auch Rechte. Damit ist ein ganz anderes Selbst- und Fremdbild gegeben. Die Strukturen des ambulant betreuten Einzel, Paar- und Gruppenwohnens sind weniger hierarchisch gegliedert und es gibt weniger oder gar keine anderen Mitbewohner, auf die es Rücksicht zu nehmen gilt. Es ergeben sich so viel mehr Freiräume für Mitsprache und Mitbestimmung. Mehr Mitsprache bedeutet jedoch

auch mehr Verantwortung für das eigene Leben und die Betroffenen müssen sich relativ klar sein über ihre Bedürfnisse und die Rechte, die sie einfordern wollen. Daher bleibt es nicht aus, dass einige Bewohner eben auf Grund ihrer Behinderung damit überfordert sind.

In der Wohnform des ambulant betreuten Wohnens hat fast jeder Bewohner ein Einzelzimmer. Das bedeutet natürlich ein höheres Maß an Intim- und Privatsphäre für die Bewohner. Es ist auch einfacher in dieser Wohnform auf die Wünsche hinsichtlich möglicher Mitbewohner einzugehen und betreutes Paarwohnen bietet den nötigen Schutzraum für eine Beziehung. Hier besteht auch eher die Möglichkeit, dass jeder Mitbewohner für Zimmer- und Haustür einen eigenen Schlüssel besitzt und damit die Kontrolle über seinen Lebensraum hat. Während nur etwa 25,5% der Bewohner in Wohnheimen einen eigenen Zimmerschlüssel besitzen, sind es im betreuten Wohnen 70,6% (vgl. Weinwurm-Krause 1999, S. 90). Hinsichtlich der Merkmale Selbstverwirklichung und Individualität wird deutlich, dass diese Wohnform aufgrund ihrer Struktur in diesem Bereich mehr Normalisierung zulässt. Es gibt keine bzw. nur eine kleine Gruppenstruktur, wodurch individuelle Bedürfnisse mehr Beachtung finden und Gruppenzwänge fallen weg bzw. sind auf ein Minimum reduziert.

Mit der Tagesstrukturierung verhält es sich ähnlich: „Da es keine festgelegten Aufsteh-, Essens- und Schlafzeiten gibt, kann jede Bewohnerin und jeder Bewohner den individuellen Tagesrhythmus finden“ (Kief 1994, S. 37). Wäschedienste oder eine zentrale Essensversorgung fallen zugunsten selbständiger Haushaltstätigkeiten weg. Bewohner des betreuten Wohnens können mehr Selbständigkeit entwickeln – die Selbständigkeit stellt sich als Folge von normalisierten Wohnbedingungen ein. Mehr Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung und Individualität bedeuten auch hier die Übernahme von mehr Verantwortung und eine mögliche Überforderung der Bewohner mit der Gestaltung ihres Lebensraumes und ihrer Tages- und Wochenstrukturierung. Hier ist es die Aufgabe der Betreuer, mögliche Überforderungen zu erkennen und mit entsprechendem Fachwissen zu reagieren bzw. entgegenzuwirken.

Was die Anforderungen an die Mitarbeiter des betreuten Wohnens anbetrifft, so unterscheiden sich diese stark von denen im Wohnheim. Das Verhältnis zwischen den Betreuern und den Betreuten ist weniger durch die Arbeitssituation und Abhängigkeit geprägt, sondern gestaltet sich eher partnerschaftlich. In der Regel sind die Betreuer für wenige Betreute zuständig und stehen damit in unmittelbarem Kontakt zu diesem und können Bedürfnisse schneller erkennen und darauf eingehen. Da das betreute Wohnen auch hohe Anforderungen an die Selbständigkeit der Betreuten stellt, muss die begleitende Arbeit auch von professionellen Fachkräften geleistet werden. Angesichts dieser

Tatsache können die Grenzen der pädagogischen Arbeit auch Grenzen im Hinblick auf die Umsetzung von Normalisierung und Integration bedeuten, was die fachliche Absicherung der Betreuungsarbeit umso dringlicher macht.

Für die Arbeit im betreuten Wohnen gelten u.a. folgende fachliche Leitlinien:

- vorwiegend unterstützend,
- stellvertretend handeln,
- nur in Grenzsituationen eingreifen,
- mit der Tendenz, eine annehmende Hilfe zu sein,
- arrangierend (die Umwelt für den Betroffenen passend machen),
- interpretierend (auch als Übersetzen der Wünsche und Anforderungen des behinderten Menschen und der Umwelt zu verstehen),
- animieren (lust- und freudebesetzte Anregung von Fähigkeiten, Belebung des Systems von Beziehungen).

(vgl. Gromann 1993, S. 142/Hohmeier 1993, S. 178).

Das betreute Wohnen bietet in vielen Aspekten gute Möglichkeiten zur Integration und Normalisierung. Ziel dieser Wohnform ist es, die Verselbständigung von Menschen mit geistiger Behinderung und die Unterbringung in einer normalisierten Wohnwelt sowie soziale Integration. Besonders wichtig ist dabei eine fachliche Begleitung, die vielleicht ein Leben lang bestehen bleibt. Die Betroffenen sollen in der eigenen Wohnung ein angemessenes Maß an Lebensqualität erreichen und ein dauerhaftes Zuhause und eine Heimat finden. Das ambulant betreute Wohnen ist sicherlich nicht die perfekte Lösung für jeden Betroffenen und es muss im Vorfeld reiflich überlegt werden, ob sie tatsächlich den Wünschen und Fähigkeiten des Einzelnen entspricht.

5. Besondere Betrachtung der Wohnformen für über 60 Jährige Menschen mit geistiger Behinderung

5.1 Allgemeine Betrachtung

Seit Jahren ist bekannt, dass der Tatsache, dass in der Bundesrepublik Deutschland erstmalig für eine große und noch ständig wachsende Zahl älter werdender und alter Menschen mit Behinderung adäquate Angebote zu entwickeln sind, Rechnung getragen werden muss. Die Lebenshilfe hat sich dieser Herausforderung schon seit Beginn der 80er Jahre gestellt und sich im Rahmen von Fachtagungen, Seminaren, Symposien und Workshops intensiv mit den Fragen des Alterns von Menschen mit geistiger Behinderung befasst. Schon im Jahr 1990 formulierte die Bundesvereinigung Lebenshilfe in ihrem Grundsatzprogramm u.a. „Geistig behinderte Menschen haben das Recht, ihr Alter nach ihren Bedürfnissen zu gestalten. Die Lebenshilfe hat die Pflicht, entsprechende Angebote vorzuhalten oder notwendige Hilfen zu vermitteln.“ (BV LH 1990, S. 35).

Ausgehend vom sogenannten Kompetenzmodell des Alterns, welches u.a. von einer Akzeptanz individueller Fähigkeiten alter Menschen ausgeht, war dabei für die Lebenshilfe immer das Ziel, Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe dieses Personenkreises auch im Lebensalltag zu realisieren.

Nach all den Jahren ist festzustellen, dass es in der Umsetzung vorhandener Konzepte noch eine Vielzahl ungelöster Probleme und Fragestellungen mit Blick auf ein möglichst sinnvolles und würdevolles Leben alternder und alter Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland gibt, dies insbesondere auch im Bereich des Wohnens.

Derzeit ist sogar die Gefahr abzusehen, dass angesichts der knapp bemessenen Mittel der öffentlichen Haushalte Dienstleistungs- und Einrichtungsangebote der Behindertenhilfe nicht nur stagnieren, sondern zurückgefahren werden (vgl. BV LH 2008, S. 4).

„Die zunehmende Anzahl älter werdender und alter Menschen mit geistiger Behinderung belegen recht eindrucksvoll verbandsinterne Zahlen. So hat beispielsweise der Lebenshilfe-Landesverband Bayern für sein Einzugsgebiet eine Untersuchung durchführen lassen (Lebenshilfe-Landesverband Bayern, 2005). Die Ergebnisse zeigen, dass 2004 von 9.770 Mitarbeiter(innen) in Werk- und Förderstätten 2,9 % das 60. Lebensjahr überschritten hatten; 12,4 % waren im Alter von 50 und 60 Jahren. Noch mehr ältere Menschen leben in den Wohnstätten der Lebenshilfe. Von den 3.337 Bewohner(inne)n waren 2,2 % älter als 70 Jahre und 9,1 % befanden sich im Alter zwischen 60 und 69 Jahren.

Aus der Untersuchung geht weiterhin hervor, dass in 10 Jahren etwa 1/3 der heutigen Mitarbeiter(innen) aus der Werkstatt für behinderte Menschen ausscheiden werden ...“ (ebd. S. 5).

In den Einrichtungen der Lebenshilfe Pirna-Sebnitz-Freital e.V. sieht die Situation per 31.03.2009 wie folgt aus:

In den unterschiedlichen Wohnformen haben 19,57 % das 60. Lebensjahr überschritten und 22,13 % sind im Alter zwischen 50 und 60 Jahren.

Diejenigen, die zukunftsweisende Teilhabe-Angebote für alte Menschen mit geistiger Behinderung aufbauen wollen, müssen sich mit folgenden programmatischen Leitlinien und Praxisfragen auseinandersetzen:

Alle Formen der Begleitung und Unterstützung orientieren sich grundsätzlich daran, ob sie der Sicherung der Lebensqualität und größtmögliche Zufriedenheit der Menschen mit geistiger Behinderung im Alter dient.

Bei der Wahl der Wohnform muss das Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten immer im Vordergrund stehen.

Die von den Betroffenen gewollte fachlich unterstützte Selbstbestimmung findet ihre Entsprechung in der gesetzlichen Vorgabe der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Menschen mit geistiger Behinderung im Alter brauchen pflegerische Unterstützung und Begleitung, die unter dem Dach der Eingliederungshilfe zu leisten sind.

Bei der Betrachtung dieser Problematik muss natürlich eine Einbeziehung der sozialrechtlichen Grundlagen erfolgen. Fundierte konzeptionelle Aussagen helfen bei der Forderung nach Verbesserung gesetzlicher Rahmenbedingungen und umgekehrt ist schriftlich fixiertes Recht die Grundlage für eine Umsetzung fundierter Fachkonzepte. Zur Bewältigung von Lebensrisiken steht dem älter werdenden und alten Menschen mit geistiger Behinderung eine Vielzahl von Leistungen zur Verfügung. Daraus resultieren zahlreiche Schnittstellenprobleme zwischen SGB V, SGB VI, SGB IX, SGB XI und SGB XII. Dies wird durch den derzeitigen Umbruch der Sozialleistungssysteme und dem finanziellen Druck noch verstärkt.

Die Eingliederungshilfe bleibt nach wie vor das Kernstück der Behindertenhilfe. Für die Eingliederung stehen ausschließlich Sozialhilfeleistungen in Gestalt der §§ 53 ff. SGB XII zur Verfügung. Das große Spektrum der Eingliederungshilfeleistungen wird bei alten Menschen mit geistiger Behinderung zunehmend in Frage gestellt. Dabei hat eben diese

Eingliederungshilfe für den alten Menschen einen gleich hohen Stellenwert wie für junge Menschen mit geistiger Behinderung. In zunehmendem Maße werden alte Menschen mit Behinderung mit dem Hinweis auf das Normalisierungsprinzip auf Pflegeeinrichtungen verwiesen. Aus der Sicht der betroffenen Menschen stellen Altenheime in der Regel nicht die für sie optimale Lösung dar. Deren Bewohner sind im Durchschnitt älter als 80 Jahre. Das bloße Aufsatteln von Eingliederungshilfeleistungen auf Leistungen der Pflegeversicherung ist nicht nur aus fachlicher Sicht abzulehnen, sondern auch angesichts des leistungsrechtlichen Korsetts von Pflegeheimen häufig nicht durchführbar.

Die überwiegende Anzahl der Menschen mit geistiger Behinderung sind Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Gesetzessystematik in der Bundesrepublik Deutschland führt dazu, dass ihnen Leistungen verwehrt sind, bestritten oder verkürzt werden, wenn sie in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe wohnen. Leistungen der Häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V dürfen die Kostenträger außerhalb der eigenen Häuslichkeit nur an geeigneten Orten, insbesondere in Betreuten Wohnformen gewähren. Probleme ergeben sich im Bereich der Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß § 33 SGB V und gemäß § 40 SGB XI.

Menschen mit Behinderung i.S. von § 2 SGB IX können sich auf das Wunsch- und Wahlrecht gemäß § 9 SGB IX berufen. Danach ist bei der Entscheidung über die Leistungen zur Teilhabe ihren berechtigten Wünschen zu entsprechen. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, den behinderten Menschen möglichst viel Raum zu eigenverantwortlicher Gestaltung ihrer Lebensumstände zu lassen und ihre Selbstbestimmung zu fördern.

Weder die Leistungserbringer noch die Träger der Sozialhilfe haben das Recht einseitig oder gemeinsam über den behinderten Menschen zu verfügen. Dem steht das dem behinderten Menschen eingeräumte Wunsch- und Wahlrecht entgegen. Das erstreckt sich zwar nicht auf die Leistungsarten der Sozialhilfe (Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege), die sich nach dem individuellen Hilfebedarf bestimmt, wohl aber auf die Auswahl der Einrichtung.

Zu den wichtigsten generellen Hilfen und Angeboten gehört der verstärkte Auf- und Ausbau altersentsprechender Wohnformen. Dabei müssen Konzepte für neue, alternde Behinderte gemäße Betreuungs- und Wohnformen entwickelt und verwirklicht werden. Dabei wird der in der Fachöffentlichkeit immer wieder artikulierte Anspruch behinderter Menschen eine wichtige Rolle spielen, wonach sie ein Recht darauf haben, in ihrem angestammten Umfeld den Lebensabend zu verbringen und dort Förderung und Aktivierung statt Verwahrung zu erleben.

Von Bedeutung ist auch, dass zum Schwerpunkt „Wohnen für Menschen mit geistiger Behinderung im Seniorenalter“ auch diejenigen hinzukommen, die zunächst in der Familie aufwachsen, denen jedoch früher oder später auch die Möglichkeit zur Aufnahme geboten werden muss.

Es gilt, angemessene Rahmenbedingungen zu schaffen, die ein Altern behinderter Menschen in größtmöglicher Selbständigkeit und Würde ermöglichen. Dabei muss der Grundsatz >>Rehabilitation vor Pflege<< systematisch verankert werden. Die Bedeutung der Rehabilitation für die Lebensqualität im Alter kann nicht deutlich genug betont werden. Rehabilitation kann Pflegebedürftigkeit weitgehend verhindern. Aber auch bei bereits pflegebedürftigen Behinderten ist Sorge zu tragen, dass der Zustand der Pflegebedürftigkeit möglichst gemindert oder überwunden werden kann.

5.2 Überwiegende Unterbringung dieses Personenkreises

Anfang Juni 1992 wurde durch die Bundesvereinigung der Lebenshilfe eine aus sieben Fragen bestehende Umfrage an alle 542 Orts- und Kreisvereinigungen der Lebenshilfe versandt. Von diesen 542 örtlichen Lebenshilfe-Vereinigungen waren 256 (47,23 %) Träger wenigstens einer gemeindenahen Wohneinrichtung. Insgesamt blieben 129 örtliche Vereinigungen als Träger für gemeindenahe Wohneinrichtungen für die Auswertung über und bildeten die Grundlage der Befragung. Diese 129 örtlichen Vereinigungen haben zum Zeitpunkt der Befragung insgesamt 7.430 Wohnplätze vorgehalten. Im Ergebnis dessen wurde festgestellt, dass 438 ältere und alte Menschen mit geistiger Behinderung (238 Männer und 200 Frauen in diesen Einrichtungen lebten. Dies entsprach einem Anteil von 5,9 %. Die Antworten der ausgewerteten 129 örtlichen LH-Vereinigungen teilten sich hinsichtlich der Wohnform zum Zeitpunkt der Befragung wie folgt auf, wobei auch Mehrfachnennungen möglich waren:

- Gemeinsam mit jüngeren Erwachsenen in einer Gruppe innerhalb einer gemeindenahen Wohneinrichtung (98)
- Eine Altengruppe lebt unter einem Dach mit anderen Gruppen geistig behinderten Menschen (14)

Die mit Abstand größte Gruppe der älter werdenden und alten Menschen mit geistiger Behinderung lebte damit gemeinsam mit jüngeren Erwachsenen in einer Gruppe innerhalb einer gemeindenahen Wohneinrichtung.

Als wünschenswerte Wohnformen für den betroffenen Personenkreis wurden mit großem Abstand zwei am häufigsten genannt:

Besondere Senioren- bzw. Altengruppe in gemeindenahen Wohneinrichtungen
(48)

Wohngruppe gemischten Alters (44)

Regelaltenheime wurden fast einstimmig als nicht geeignete Wohnform für älter werdende und alte Menschen mit geistiger Behinderung definiert. (vgl. Kräling 1993, S. 49 ff.).

Im Rahmen der bundesweiten Studie „Möglichkeiten selbständiger Lebensführung in Einrichtungen der Behindertenhilfe“ (MUG II) wurde 1996 festgestellt, dass 14,4 % der in Erwachseneneneinrichtungen der Behindertenhilfe lebenden Menschen sich im Alter von 55 – 64 Jahren befunden und 14,2 % waren 65 Jahre und älter. (vgl. Wacker, Wetzler, Metzler, Hornung, 1998, S. 69 f.).

Mit diesen Aussagen wurde der Trend für das Ansteigen der älteren und alten Menschen mit geistiger Behinderung in Wohneinrichtungen deutlich unterstrichen.

Wie schon im Punkt 2.4 ausgeführt, sind in den unterschiedlichen Wohnformen, welche durch die Lebenshilfe Pirna-Sebnitz-Freital e.V. betreut werden, 14,04 % in der Altersgruppe 60 – 69 Jahre und 5,53 % sind 70 Jahre und älter. Beides zusammengekommen entspricht etwa einem Fünftel der Gesamtanzahl der Betreuten. Und dieser Trend setzt sich in den nächsten Jahren fort und wird weiter ansteigen. 22,13 % befinden sich in der Altersgruppe zwischen 50 und 59 Jahren.

Bei der Unterbringung der Menschen mit geistiger Behinderung, welche 60 Jahre und älter sind kann im Einzelnen folgendes festgestellt werden:

von den in Wohnstätten lebenden M. m. g. B. sind es 21,9 %

von den in Außenwohngruppen lebenden M. m. g. B. sind es 20,0 %

von den in Wohnpflegestationen lebenden M. m. g. B. sind es 29,62 % und

von den innerhalb des Ambulant Betreuten Wohnens lebenden M. m. g. B. sind es 7,84 %.

Das bedeutet, dass der genannte Personenkreis nicht in einer dominierenden Wohnform untergebracht ist, sondern sich auf alle vorgehaltenen Angebote verteilt.

Nach einzelnen Wohnformen betrachtet, ergibt sich folgendes Bild:

In den Wohnstätten der LH P-S-F e.V. leben 20 Heimbewohner, die älter als 60 Jahre alt sind. Eine Wohnstätte – die Sozialtherapeutische Wohnstätte Sebnitz - ist eine

Wohnstätte für Chronisch mehrfach Abhängigkeitskranke und wurde bei außer acht gelassen, weil die Klientel i.d.R. keine Menschen mit geistiger Behinderung sind. In den Außenwohngruppen leben 4 Heimbewohner, die älter als 60 Jahre sind. In den Wohnpflegeeinrichtungen sind es 8 und im Ambulant Betreuten Wohnen sind es 4 Menschen mit geistiger Behinderung, welche das 60. Lebensjahr überschritten haben.

In den vorhergehenden Abschnitten wurde bereits beschrieben, dass in den Wohnstätten in der Regel eine externe Tagesstruktur (für Besucher der WfbM) und eine interne Tagesstruktur für Heimbewohner mit höheren Schweregraden der geistigen Behinderung vorgehalten werden. In den Außenwohngruppen dieses Lebenshilfevereins wird jeweils die externe Tagesstruktur vorgehalten, da diese für „Werkstattgänger“ vorgesehen sind.

Wenn bei dieser Betrachtung die Heimbewohner der Wohnpflegeeinrichtungen außer acht gelassen werden, weil bei ihnen die höchsten Schweregrade geistiger Behinderung vorliegen, dann ergibt sich also folgender Stand:

24 Heimbewohner, die aber gesundheitlich noch relativ fit sind und deren geistige Behinderung zwischen leicht und mittelgradig einzustufen ist, aus den Wohnstätten und Außenwohngruppen haben das 60. Lebensjahr überschritten und sind nach Ansicht des Verfassers der Diplomarbeit in ihrer derzeitigen Unterbringung „fehlplatziert“.

Zur Begründung dieser Aussage ist folgendes festzuhalten: In den Wohnstätten wird dieser Personenkreis in der Regel in die interne Tagesstruktur integriert, da es sich ja in der Regel nicht mehr um „Werkstattgänger“ handelt. Diese interne Tagesstruktur ist aber für Heimbewohner aller Altersgruppen vorgesehen und die dort untergebrachten Heimbewohner haben einen relativ hohen Schweregrad der geistigen Behinderung. In den Außenwohngruppen, wo ja auch die externe Tagesstruktur vorgehalten wird, sind die Betroffenen zwei Drittel des Tages sich selbst überlassen, weil die Betreuung werktags von 14.00 bis 21.00 Uhr stattfindet.

5.3 Entwicklung eines Modellprojektes

Hinter diesem Hintergrund (siehe Ausführungen im Punkt 5.1) macht es Sinn, eine Wohnform mit entsprechender Tagesstruktur für „Senioren mit geistiger Behinderung“ zu schaffen. In Anlehnung an das „Dänische Modell“ stellen Wohngruppen für Menschen mit geistiger Behinderung im Seniorenalter eine geeignete Form für den betroffenen Personenkreis dar.

5.3.1 Allgemeine Anforderungen

Das mit dem Alter einhergehende Streben nach Sicherheit und Beheimatung ist von eminenter Bedeutung. Vor dem Hintergrund solcher konzeptioneller Überlegungen sollte eine Einschätzung der derzeitigen Wohnsituation von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter nach objektiven Faktoren (zum Beispiel: Qualität der Räume, Ausstattung, Möglichkeit der Ruhe) und subjektive Faktoren (anregender Charakter für verbleibende Fähigkeiten, für soziale Erfahrungen usw.) erfolgen. Die Belegungsstruktur muss dabei ebenso erfasst werden wie die Möglichkeit der selbständigen Verrichtung der Aktivitäten des täglichen Lebens (Nahrungszubereitung und –aufnahme, Körperreinigung, Mobilität, soziale Kontakte usw.) und die Freizeitmöglichkeiten sowie Gestaltung und Nutzung solcher Angebote (Räume, Grünflächen, Medienangebot und –konsum, Freizeitbegrenzung abends, individuell abgestimmte Aktivierung der emotionalen, sozialen und kognitiven Fähigkeiten, Bewertung der Freizeitangebote bezüglich ihres integrierenden Charakters). Weiterhin ist zu beachten, ob ein Wechsel zwischen >>Wohnwelt<< und >>Außenwelt<< hergestellt werden kann. Dabei ist ebenso von Bedeutung, ob der strukturelle Rahmen der Unterbringung für die Senioren mit geistiger Behinderung individuelle Variationen der Lebenssituation zulässt und ob soziale Kontakte abreißen.

Rehabilitation muss auch im Alter Vorrang vor Versorgung haben, d.h. das Bemühen um Hilfen zur selbständigen Lebensführung darf nicht aufhören. Die Grundbedürfnisse aller Menschen im Alter sind im Prinzip gleich. Bei der Gestaltung ihrer Wohnwelt muss auf Hilfe und Pflegebedarfe und auf ihre psychische Situation eingegangen werden. Bei Menschen mit geistiger Behinderung können zu der Beeinträchtigung durch die Behinderung Erkrankungen und Beschwerden kommen, die im Alterskontext gesehen und behandelt werden müssen. Es bedarf also einer altersgemäßen medizinischen und psychologischen Betreuung.

Weiterhin ist die geriatrische Entwicklung des betreffenden Personenkreises nicht außer acht zu lassen. Das bedeutet im Einzelnen:

- dem erhöhten Ruhebedürfnis Rechnung zu tragen,
- Einzelzimmer zu garantieren,
- mehrere kleine Mahlzeiten anzubieten und
- auf veränderten Schlafrhythmus einzugehen.

Weiterhin ist zu beachten, dass die Senioren durch das Älterwerden ihre nächsten Familienangehörigen verlieren. Den Familienangehörigen, die selbst natürlich auch älter werden, fällt es zudem immer schwerer, Besuche abzustatten. Für die betagten Bewohner ist es daher von großer Bedeutung, noch den Kontakt zu Familienangehörigen aufrecht

erhalten zu können. Dazu dienen beispielsweise Postkarten, Brief, Geschenke. Das Betreuungspersonal muss solche Kontakte stimulieren bzw. fortführen.

5.3.2 Beachtung gesetzlicher Regelungen

Aus der „Verordnung über bauliche Mindestanforderungen für Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige vom 27. Januar 1978 – Heimmindestbauverordnung“ ergeben sich für folgende Anforderungen:

- die Wohnschlafräume müssen mindestens eine Wohnfläche von 12 m² bei Einzelzimmern und 18 m² bei Doppelzimmern aufweisen;
- es müssen ausreichend Kochgelegenheiten für die Bewohner vorhanden sein;
- es muss ein Abstellraum für die Sachen der Bewohner beinhaltet sein;
- in Einrichtungen mit Mehrbettzimmern muss ein Einzelzimmer zur vorrübergehenden Nutzung durch Bewohner (Krisenzimmer) vorhanden sein;
- die Einrichtung muss mindestens einen Gemeinschaftsraum von 20 m² Nutzfläche haben;
- für jeweils bis zu acht Bewohner muss mindestens ein Spülabort mit Handwaschbecken vorhanden sein und
- für bis zu 20 Bewohner muss im mindestens eine Badewanne oder eine Dusche vorhanden sein.

Die „Verordnung über personelle Anforderungen für Heime vom 19. Juli 1993 – Heimpersonalverordnung“ schreibt vor, dass betreuende Tätigkeiten nur durch Fachkräfte oder unter angemessener Beteiligung von Fachkräften wahrgenommen werden dürfen. Hierbei muss mindestens einer, bei mehr als 20 nicht pflegebedürftigen Bewohnern oder mehr als vier pflegebedürftigen Bewohnern mindestens jeder zweite weitere Beschäftigte eine Fachkraft sein. Zu den Betreuungsfachkräften im Sinne dieser Verordnung zählen Diplomsozialpädagogen, Erzieher mit Heilpädagogischer Zusatzqualifikation und Heilziehungs pfleger.

5.3.3 Seniorenwohngruppe „Sonnenstein“

Die folgenden Ausführungen basieren auf der Überlegung eine relativ zeitnahe Lösungsmöglichkeit für die zuvor beschriebene Problematik des Trägers Lebenshilfe Pirna-Sebnitz-Freital e.V. zu finden, die ohne große Baumaßnahmen und ökonomisch betrachtet relativ kostengünstig zu realisieren ist.

5.3.3.1 Infrastruktur/Räumliche Voraussetzungen

Als Standort wurde der Pirnaer Stadtteil Sonnenstein ausgewählt, da er über eine gute Infrastruktur verfügt, die den bereits beschriebenen Anforderungen zum gemeindenahen Wohnen entspricht. Dieser Stadtteil besteht zum überwiegenden Teil aus Neubaublöcken in Plattenbauweise, welche bis Mitte der 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts errichtet wurden.

Auf dem Sonnenstein sind gute Einkaufsmöglichkeiten vorhanden, wie beispielsweise Kaufland, REWE, Plus, Aldi und ein Nettokaufmarkt, welche alle bequem zu Fuß zu erreichen sind. Es ist ein Ärztehaus mit mehreren Fachärzten in unterschiedlichen Fachdisziplinen sowie zwei Apotheken vorhanden. Das neuerbaute Klinikum der Stadt Pirna befindet sich ebenfalls auf dem Sonnenstein. Der Stadtteil verfügt weiterhin über ein Sozio-kulturelles Zentrum, eine große Sport- und Mehrzweckhalle, ein Bowlingzentrum, einer Poststelle, einem Friseur, einer Grundschule, mehreren Kindereinrichtungen u.v.a.m.

Es besteht eine sehr gute Busverbindung mit der Linie HS, die an Werktagen mehrmals stündlich eine Verbindung zur City ermöglicht. An Wochenenden und Feiertagen besteht diese Verbindung fast stündlich.

Die Lebenshilfe Pirna-Sebnitz-Freital e.V. betreibt in diesem Stadtteil bereits eine Außenwohngruppe, eine Integrative Kindertagesstätte, eine Heilpädagogische Kindertagesstätte, eine Interdisziplinäre Frühförder- und Beratungsstelle, Ergotherapie, eine Physiotherapeutische Praxis mit Bewegungsbad sowie die Geschäftsstelle des Vereins.

Der überwiegende Teil des Wohnungsbestandes auf dem Sonnenstein befindet sich im Besitz und Verwaltung der Städtischen Wohnungsgesellschaft Pirna mbH (WGP). Die Palette der Wohneinheiten reicht von 1 Raum-Wohnungen mit ca. 25 m² Wohnfläche bis hin zu 5 Raum-Wohnungen mit knapp 87 m² Wohnfläche.

Unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Aspekte sollte die Seniorenwohngruppe eine Mindestgröße von 6 bis 8 Bewohnern haben.

Unter Beachtung der gesetzlichen Mindestanforderungen und der Zuschnitte der unterschiedlichen Wohnungseinheiten wäre die Anmietung mehrerer Wohnungseinheiten, die sich benachbart auf einer Etage befinden ein möglicher Lösungsansatz. Am Beispiel des Hochhauses Remscheider Straße 2a (17 Geschosse) ließe sich die Seniorenwohngruppe wie folgt realisieren:

Anmietung von zwei 3 Raumwohnungen mit je 77,80 m² Wohnfläche und einer 2 Raumwohnung mit 42,60 m² Wohnfläche. In dieser Konstellation würde die SWG Platz für 6 Bewohner bieten und auch über die erforderlichen Abstellflächen verfügen.

5.3.3.2 Personelle und organisatorische Anforderungen

Da die Seniorenwohngruppe in Anlehnung einer Internen Tagesstruktur geführt werden muss um die erforderlichen tagesstrukturierenden Angebote vorhalten zu können, wäre die Betreuung mindestens täglich von 07.00 Uhr bis 21.00 Uhr erforderlich. Bei 365 Tagen im Jahr und einer täglichen Betreuungszeit von 14 Stunden ergibt sich also ein Betreuungsaufwand von 5.110 Betreuungsstunden im Jahr. Unter Berücksichtigung der üblichen Ausfallzeiten wie Urlaub, Krankheit, Fortbildung usw. ist ein Personalbedarf von 3 Arbeitskräften mit einem Beschäftigungsumfang von 35 Stunden/Woche (0,875 Vzb) erforderlich. Ein Beispiel für einen Dienstplan in der SWG ist in Anlage 6 ersichtlich.

Als Qualifikation der Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter ist mindestens der Abschluss Heilerziehungspfleger mit HPZ erforderlich, besser wäre jedoch der Einsatz von examinerten Altenpflegerinnen, da Kenntnisse in den Fachgebieten Geriatrie, Alternspsychologie und Krankenpflege unabdingbar sind.

Die physiotherapeutische und ergotherapeutische Betreuung kann über die vereinseigenen Praxen erfolgen, welche sich unweit der SWG befinden.

Ähnlich wie die Außenwohngruppe sollte auch die Seniorenwohngruppe organisatorisch der Kernwohnstätte „Gottleubatal“ zugeordnet bzw. an diese angebunden werden. Damit könnte dann auch eine Rufbereitschaft während der betreuungsfreien Zeit in der SWG sichergestellt werden. Bei personellen Engpässen könnte ebenfalls durch die Kernwohnstätte sofort reagiert werden. Diese Anbindung hätte auch Vorteile hinsichtlich der fachlichen Anleitung des Personals, um nur einige Vorteile zu nennen.

5.3.3.3 Betreuungskonzept

Bei der Erstellung des Betreuungskonzeptes ist den Allgemeinen Anforderungen gemäß Punkt 5.3.1 in vollem Umfang Rechnung zu tragen. Dabei sind die Möglichkeiten der selbständigen Verrichtung der Aktivitäten des täglichen Lebens, wie beispielsweise Nahrungszubereitung und –aufnahme, Körperreinigung, Mobilität und soziale Kontakte aber auch die Freizeitmöglichkeiten sowie Gestaltung und Nutzung solcher Angebote wie Medienangebot und –konsum, Freizeitbegrenzung abends, individuell abgestimmte Aktivierung der emotionalen, sozialen und kognitiven Fähigkeiten zu berücksichtigen. Ferner ist zu beachten, dass ein Wechsel zwischen Wohnwelt und Außenwelt (Wohnumfeld, soziale Kontakte außerhalb der Einrichtung) hergestellt werden. Von Bedeutung ist auch, ob der strukturelle Rahmen der Unterbringung für die alten Menschen mit Behinderung individuelle Variationen der Lebenssituation zulässt und ob soziale Kontakte abreißen.

Ebenso wichtig ist, dass die Planung angemessener Hilfen für die Bewohner der SWG ein interdisziplinäres Herangehen voraussetzt: Forschungserkenntnisse und Pflege,

ärztliche Behandlung und psychologische Beratung sind z.B. ebenso wichtig wie die Förderung und Begleitung im Alltag und Freizeitgestaltung.

Es kann erfahrungsgemäß davon ausgegangen werden, dass auch bei den älteren und alten geistig behinderten Bewohnern der SWG längst nicht alle tatsächlichen Fähigkeiten und Interessen aufgespürt sind. Eingedenk dessen hält der Verfasser der Arbeit die tagesstrukturierenden Angebote für einen wichtigen Bestandteil der aktivierenden Betreuung. Dabei sollten acht Elemente, die bereits von Zielniok und Schmidt-Thimme beschrieben worden sind, Beachtung finden:

1. Rekreation: Erholung und Entspannung, z.B. Ausruhen, Nichtstun, gesundheitsfördernde Tätigkeiten. Hierzu gehören Angebote wie Gymnastik oder auch Spaziergänge.
2. Kompensation: Ablenkung und Zerstreuung, z.B. Entlastung, Unterhaltung, Vergnügung; Ausgleich von Mängeln, Versagungen, Entbehnungen, Enttäuschungen, insbesondere unbefriedigende Ansprüche auf Achtung, Anerkennung und Geltung.
3. Edukation: Lernen und Weiterbildung, z.B. Lernen von Freiheit in Freiheit, soziales Lernen.
4. Kontemplation: Selbstbestimmung und Selbstfindung, z.B. Sinnfindung des Lebens, Muße, Beschaulichkeit, Nachdenken und Identitätsfindung.
5. Kommunikation: Mitteilung und Partnerschaft, z.B. Austausch von Informationen, Kontakte zwischen einzelnen Besuchern und der Gruppe, personale Beziehungen, bis hin zur Artikulierung individueller Bedürfnisse.
6. Partizipation: Beteiligung und Engagement, z.B. Teilhaben am gesellschaftlichen Leben in der Gemeinschaft, Mitbestimmung und Mitverantwortung und Gemeinschaftsbewusstsein.
7. Integration: Sozialorientierung und gemeinsame Lernerfahrung, z.B. Zusammenarbeit oder Erleben von Gemeinwesen und Gesellschaft.
8. Enkulturation: Kulturelle Selbstentfaltung und Kreativität, z.B. Teilnahme an Spiel, Sport, Erlernen kulturtechnischer Fertigkeiten und schöpferischer Tätigkeit (vgl. Zielniok & Schmidt-Thimme 1990).

6. Zusammenfassung und Ausblick

Die Umsetzung der Prinzipien Normalisierung und Integration stellt in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung eine wichtige und sehr schwere Aufgabe innerhalb der Sozialarbeit/Sozialpädagogik dar. An vorderer Stelle steht dabei die Überwindung der medizinisch-defizitorientierten Sichtweise auf den betroffenen Personenkreis und die Vermeidung von kategorisierenden Definitionen durch eine Vielzahl von Fachexperten. Das Gesundheits- und Leistungsdenken muss nach Ansicht des Verfassers zu Gunsten einer Orientierung an vorhandenen Fähigkeiten und den besonderen Bedürfnissen der betroffenen Personen aufgegeben werden.

Um die sozialpädagogische Arbeit im Lebensbereich „Wohnen“ nutzerorientiert gestalten zu können, ist es von sehr großer Bedeutung die Bedürfnisse, Wünsche, Erwartungen und Lebenspläne der behinderten Bewohnerinnen und Bewohner selbst zu analysieren. Dies wäre ein spezielles Ziel weiterer Erhebungen auf diesem Gebiet.

Bei der Umsetzung des Integrationsparadigmas mit seiner Forderung nach Gemeindenähe, Regionalisierung und Dezentralisierung gibt es regelmäßig Probleme, wie z.B. Finanzierungsdefizite sowie fehlende Akzeptanz von Integrationsbemühungen seitens der Bevölkerung. Dazu kommt eine unzureichende Aufklärung des betroffenen Personenkreises und deren Angehörigen über ihre Rechte und auch vielfach stereotype Unterstützungsangebote, welche sich an den Interessen von Trägern und Institutionen orientieren. Die Verwirklichung des Integrationsprinzips kann aber nur gelingen, wenn sie in einem freiwilligen und beiderseitigen Annäherungsprozess stattfindet. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang auch, dass das Normalisierungsprinzip Einstellungs- und Verhaltensänderungen seitens der Menschen ohne Behinderung verlangt und ein Leben mit geistiger Behinderung als normal begriffen wird. Ziel ist es, das Leben der Betroffenen in allen Bereichen so normal wie möglich und nach ihren Bedürfnissen und Vorstellungen orientiert zu gestalten.

Auf dieser Grundlage nimmt das Normalisierungsprinzip eine immer größere Bedeutung in allen Lebensbereichen ein. Normalisierte Lebensbedingungen zu schaffen heißt u.a., Menschen mit geistiger Behinderung in unser tägliches Leben zu integrieren, sie in alle Entscheidungen mit einzubeziehen und ihnen die Chance zur selbständigen Teilhabe am öffentlichen Leben zu ermöglichen. Dabei nimmt der Bereich Wohnen eine zentrale Bedeutung ein. Seit der Psychiatrie-Enquete von 1975 entstehen vielerorts kleine, gemeindeintegrierte und gruppenbezogene Wohnstätten.

Die Geistigbehindertenpolitik der Bundesrepublik Deutschland geht von Wohnstätten als vorherrschender Wohnform für Menschen mit geistiger Behinderung aus. Es muss aber eine weitere Ausdifferenzierung des Wohnangebotes und die Schaffung weiterer gemeindein-

tegrierter und normalisierter Wohnmöglichkeiten zur besseren Bedarfsdeckung angestrebt werden.

Es wurde aufgezeigt, dass sich die Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung von Integration und Normalisierung in den unterschiedlichen Wohnangeboten sehr unterschiedlich gestalten. Dabei wurde festgestellt, dass das ambulant betreute Wohnen dem Integrations- und Normalisierungsprinzip am nächsten kommt und die Bewohner zu mehr Selbstverwirklichung und Selbständigkeit befähigt. Fehlende Gruppenstrukturen und eine dezentrale Versorgung ermöglichen in dieser Wohnform mehr Chancen, das eigene Leben individueller zu gestalten und neue Kompetenzen zu entwickeln. Aber auch das Wohnen in Außenwohngruppen kommt dem relativ nahe. Rückzugsmöglichkeiten und die Gewährung einer Intimsphäre sind hier besser möglich als in Wohnstätten. Regeln werden in der Gruppe ausgehandelt und die Betroffenen sind an den Alltagsaufgaben stärker beteiligt. Die Möglichkeiten für integrative und normalisierende Prozesse sind in Wohnstätten für Menschen mit geistiger Behinderung meist weniger gut. Hinderlich sind hier die hierarchische Strukturierung der Einrichtungen und die oftmals fehlende Motivation der Bewohner zur Kompetenzentwicklung. Feste Gruppen- und Tagesstrukturen sowie weniger Verfügbarkeit privaten Raumes ermöglichen ein geringeres Maß an Individualität und Selbstverwirklichung. Aufgrund der abgeschiedenen territorialen Lage vieler Wohneinrichtungen und der damit verbundenen geringeren Öffnung nach außen bleiben die sozialen Kontakte meist auf die Wohnstätte beschränkt.

Damit kann also gesagt werden, dass in institutionalisierten Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung die Umsetzung von Integration und Normalisierung eher durch die eigenen strukturellen Grenzen gehemmt wird, wohingegen in betreuten Wohnformen die individuellen Grenzen der Bewohner und der Fachkräfte von Bedeutung sind.

Wichtig ist aber, dass jede Wohnform bestrebt sein muss, die Verwirklichung von Integration und Normalisierung immer aufs Neue zu überprüfen.

Weiterhin wurde aufgezeigt, dass der Anteil von Menschen mit geistiger Behinderung, welche das 60. Lebensjahr überschritten haben immer größer wird. Anhand von Berechnungen innerhalb der Lebenshilfe Pirna-Sebnitz-Freital e.V. wurde bewiesen, dass dieser bundesweite Trend auch künftig anhalten wird. Die Unterbringung dieses Personenkreises erstreckt sich auf alle aufgezählten Wohnformen. Speziell für die gesunden „Senioren mit geistiger Behinderung“ stellt sich aber die Frage, wie kann eine optimale Wohnform mit entsprechender Tagesstruktur aussehen.

Anhand eines Modellprojektes zeigt der Verfasser der Arbeit in Anlehnung der guten Erfahrungen aus Dänemark eine Möglichkeit in Form einer „Seniorenwohngruppe“ mit tagesstrukturierenden Angeboten auf, die den wesentlichen Ansprüchen gerecht wird.

Doch alle Bemühungen, die Lebenssituation von Menschen mit geistiger Behinderung zu verbessern, können nur wenig erfolgreich sein, wenn dem vorausgehend nicht Veränderungen im allgemeinen Denken und Handeln der Menschen stattfinden und die Regierung der Bundesrepublik Deutschland die Möglichkeiten zur Finanzierung der entsprechenden Angebote nicht schafft.

7. Anlagenverzeichnis:

Anlage: Bezeichnung:

- | | |
|----------|--|
| Anlage 1 | Aktuelle Wohnsituation in der Lebenshilfe Pirna-Sebnitz-Freital e.V.
Aussagen zur Alterstruktur (absolute Zahlen) |
| Anlage 2 | Aktuelle Wohnsituation in der Lebenshilfe Pirna-Sebnitz-Freital e.V.
Aussagen zur Alterstruktur (prozentuale Angaben) |
| Anlage 3 | Leitbild der Lebenshilfe Pirna-Sebnitz-Freital e.V. |
| Anlage 4 | Leistungsangebot der Wohnstätte „Gottliebatal“ |
| Anlage 5 | Grundrisse der SWG „Sonnenstein“ |
| Anlage 6 | Dienstplan SWG „Sonnenstein“ |

8. Quellenverzeichnis

Adam 1998

Adam, H.; Sammler, C.: 40 Jahre Lebenshilfe – Struktur und Konzeptwandel der Behindertenhilfe in den neuen Bundesländern. In: Geistige Behinderung, Marburg/Lahn: Lebenshilfe-Verlag, 37 (1998), Nr. 1

(1)

Antretter 2002

Antretter, R.: Aufforderung zur Einsetzung einer Kommission zu einer „Enquete der Heime“ – Offener Brief an die Fraktionsvorsitzenden im Bundestag. Marburg/Lahn: Fachdienst der Lebenshilfe, 2002, Nr. 3

(2)

Bank-Mikkelsen 2002

Bank-Mikkelsen, N.E. & Berg, E.: Das dänische Verständnis von Normalisierung und seine Umsetzung in ein System von Hilfs- und Pflegediensten zur Integration.

<http://www2.uibk.ac.at/bidok/library/selbstbestimmt/vif-selbstbestimmung.html>, verfügbar am 10.04.2009

(3)

Bier 1998

Bier, B. & Hahn, M. & Heiduschka, R.; u.a.: Ein Platz in der Gesellschaft – Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung. Eine Empfehlung der Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. (Hrsg.). Marburg/Lahn: Lebenshilfe-Verlag, 1998

(4)

Binding 1920

Binding, K. & Hoche, A.: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Leipzig: Felix von Meiner Verlag, 1920

(5)

Bleidick 1977

Bleidick, U.: Pädagogische Theorien der Behinderung und ihre Verknüpfung. Heilpädagogik, 28 (1977). In: Thimm, W.: Das Normalisierungsprinzip – Eine Einführung. Band 5 (Kleine Schriftenreihe) 5. Aufl. Marburg/Lahn. Lebenshilfe-Verlag, 1994

(6)

Bleidick 1995

Bleidick, U. et al.: Einführung in die Behindertenpolitik. Band 1. 5. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, 1995

(7)

BMAS 1998

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung: Vierter Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation, Bonn, 1998

(8)

BMFSFJ 2005

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Neue Wohn- und Betreuungsformen im heimrechtlichen Kontext. Berlin, 2005.

(9)

BMFSFJ 2008a

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Wohnen im Alter. Bewährte Wege – Neue Herausforderungen. Berlin, 2008

(10)

BMFSFJ 2008b

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Berlin, 2008

(11)

BMG 1996a

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Dokumentationsstand der Strukturen stationärer und teilstationärer Einrichtungen der Behindertenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland. Baden-Baden, 1996

(12)

BMG 1996b

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in privaten Haushalten. Baden-Baden, 1996

(13)

Böcker 1990

Böcker, W. & Brenner, H.-D.: Geistigbehinderte in psychiatrischen Kliniken. Neue Tendenzen und Konzepte: Bern: Hans Huber-Verlag, 1990

(14)

Bradl 1996

Bradl, Chr. & Steinhart, I. (Hrsg.): Mehr Selbstbestimmung durch Enthospitalisierung: Kritische Analysen und neue Orientierungen für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen. 1. Aufl. Bonn. Psychiatrie-Verlag, 1996

(15)

BAS 1998

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung: Vierter Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation. Bonn, 1998

(16)

BV Lebenshilfe 1986

Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig behinderte Menschen e.V. (Hrsg.): Normalisierung – eine Chance für Menschen mit geistiger Behinderung: Bericht des Europäischen Kongresses der Internationalen Liga von Vereinigungen für Menschen mit geistiger Behinderung. 1. Aufl. Marburg/Lahn: Lebenshilfe-Verlag, 1986

(17)

BV Lebenshilfe 1990

Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig behinderte Menschen e.V. (Hrsg.): Grundsatzprogramm, Marburg/Lahn: Lebenshilfe-Verlag, 1990

(18)

BV Lebenshilfe 1993

Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig behinderte Menschen e.V. (Hrsg.): Alt und geistig behindert – Ein europäisches Symposium, Große Schriftenreihe Band 26, Marburg/Lahn: Lebenshilfe-Verlag 1993

(19)

BV Lebenshilfe 1996

Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig behinderte Menschen e.V. (Hrsg.): Wohnen Erwachsener mit geistiger Behinderung in gemeindeintegrierten Wohneinrichtungen in Lebenshilfe-(Mit-)Trägerschaft. 1. Aufl. Marburg/Lahn: Lebenshilfe Verlag, 1996

(20)

BV Lebenshilfe 2007

Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.): Lebenshilfe – VISION 2020. Marburg, 2007

(21)

BV Lebenshilfe 2008

Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.): Wohnen im Alter – Orientierungs- und Entscheidungshilfe für die Begleitung älter werdender und alter Menschen mit Behinderung. Marburg, 2008

(22)

Cloerkes 1997

Cloerkes, G.: Soziologie der Behinderten. Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter, 1997

(23)

Crämer 1990

Crämer, S. Das Wohnen geistig behinderter Erwachsener. Konzeption der Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. Bad Dürkheim. In Geistige Behinderung 3/1990.

(24)

Deutscher Bildungsrat 1973

Deutscher Bildungsrat: Empfehlungen der Bildungskommission – Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher. In: Wendeler, J.: Geistige Behinderung. Pädagogische und psychologische Aufgaben. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 1993

(25)

Dörner 2000

Dörner, K. & Plog, U.: Irren ist menschlich – Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. 2. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2000

(26)

Feuser 1992

Feuser, G.: Wider der Unvernunft der Euthanasie. Lucerne: Edition SZH/SPC, 1992

(27)

Fink 1996

Fink, F.: Behindertengerechtes Wohnen. In: Zwierlein, Eduard (Hrsg.). Handbuch Integration und Ausgrenzung. (S. 250-255). Neuwied: Luchterhand, 1996

(28)

GG 1998

Grundgesetz – Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23.05.1945 (BGBl. I S. 1), zuletzt geändert am 16.07.1998 (BGBl. I S. 1822), In: Stascheid, U. (Hrsg.): Gesetze für Sozialberufe – Die Gesetzessammlung für Studium und Praxis. Band 30, Teilband 1, 6. überarb. Aufl. Frankfurt/Main: Fachhochschulverlag, 1999

(29)

Goffman 1973

Goffman, E.: Asyle: Über die Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1973

(30)

Gromann 1995

Gromann, P.: Zur Bedeutung ambulanter Wohnangebote für das Selbst- und Fremdbild geistig behinderter Menschen. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte (Hrsg.). Wohnen heißt zu Hause sein. Handbuch für die Praxis gemeindenahen Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung 2. Auflage. (S. 175-179). Marburg: Lebenshilfe-Verlag, 1995

(31)

Hansen & Stein 1994

Hansen, G. & Stein, R. (Hrsg.): Sonderpädagogik konkret. Ein praxisnahes Handbuch in Schlüsselbegriffen. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 1994

(32)

HeimG 1997

Heimgesetz vom 07.08.1974 (BGBl. I S. 1873), zuletzt geändert am 21.09.1997 (BGBl. I S. 2390, 2391), In: Stascheid, U. (Hrsg.): Gesetze für Sozialberufe – Die Gesetzessammlung für Studium und Praxis. Band 30, Teilband 2. 6. überarb. Aufl. Frankfurt/Main: Fachhochschulverlag, 1999

(33)

HeimG nov. 2002

Heimgesetz vom 07.08.1974 (BGBl. I S. 1873), zuletzt geändert am 01.01.2002 (BGBl. I Nr. 57, Jg. 2001, ausgegeben am 09.11.2001), In: Stascheid, U. (Hrsg.): Gesetze für Sozialberufe – Die Gesetzessammlung für Studium und Praxis. Band 30, Teilband 2 6. überarb. Aufl. Frankfurt/Main: Fachhochschulverlag, 1999

(34)

HeimwV 2002

Verordnung über die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner in Angelegenheiten des Heimbetriebes (Heimmitwirkungsverordnung – HeimwV) vom 25. Juli 2002, In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Ihre Rechte als Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. DruckVogt GmbH, Berlin, 2008

(35)

HeimMindBauV 1990

Heimmindestbauverordnung – Verordnung über bauliche Mindestanforderungen für Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige vom 27.01.1978 (BGBl. I S. 189), zuletzt geändert am 25.09.1990 (BGBl. I S. 2106), In: Stascheid, U. (Hrsg.): Gesetze für Sozialberufe – Die Gesetzessammlung für Studium und Praxis. Band 30, Teilband 2 6. überarb. Aufl. Frankfurt/Main: Fachhochschulverlag, 1999

(36)

HeimPersV 1998

Heimpersonalverordnung – Verordnung über personelle Anforderungen für Heime vom 19.07.1993 (BGBl. I S. 1205; BGBl. III 2170-5-5) zuletzt geändert am 22.06.1998 (BGBl. I S. 1506) In: Stascheid, U. (Hrsg.): Gesetze für Sozialberufe – Die Gesetzessammlung für Studium und Praxis. Band 30, Teilband 2 6. überarb. Aufl. Frankfurt/Main: Fachhochschulverlag, 1999

(37)

Hensle 1982

Hensle, U.: Einführung in die Arbeit mit Behinderten: psychologische, pädagogische und medizinische Aspekte. In: Thesing, Th. & Vogt, M.: Pädagogik und Heilerziehungspflege – Ein Lehrbuch. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, 1996

(38)

Hensle 1988

Hensle, U.: Einführung in die Arbeit mit Behinderten. 4. Aufl. Heidelberg, Quelle & Meyer, 1988

(39)

Hohmeier 1993

Hohmeier, J.: Von der Anstalt zum betreuten Einzelwohnen: Leben und Wohnen von Menschen mit einer geistigen Behinderung. In: Mair, Helmut & Hohmeier, Jürgen (Hrsg.). Wohnen und soziale Arbeit. Zwischen Unterbringung und Eingliederung. (S. 129 – 146). Opladen: Leske und Budrich, 1993

(40)

ICF 2002

ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health (2002). <http://www.dimdi.de>, verfügbar am 10.04.2009

(41)

Jantzen 1980

Jantzen, W.: Geistig behinderte Menschen und gesellschaftliche Integration. Bern: Hans-Huber-Verlag, 1980

(42)

Klicpera 1995

Klicpera, Chr. & Gasteiger-Klicpera, B. & Innerhofer, P.: Lebenswelten von Menschen mit geistiger Behinderung. Eine empirische Bestandsaufnahme in Südtirol. Heidelberg: A-sanger-Verlag, 1995

(43)

Kief 1994

Kief, M.: Normalisierte Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung – Auswirkungen auf die Bewohnerinnen und Bewohner. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbarggebiete. 1/1994

(44)

Kobi 2000

Kobi, E.E.: Geisteswissenschaftliche und kritisch-pragmatische Perspektiven. In: Grevin, H. & Gröschke, D. (Hrsg.): Geistige Behinderung – Reflexionen zu einem Phantom. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt, 2000

(45)

Kräling 1993

Kräling, K.: Die Situation in Wohneinrichtungen der Lebenshilfe. Ergebnisse einer Umfrage. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.): Alt und geistig behindert. Ein europäisches Symposium. Große Schriftenreihe, Band 26. Lebenshilfe-Verlag Marburg, 1993.

(46)

Kräling 1995

Kräling, K.: Wohnen heißt zu Hause sein. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hrsg.): Wohnen heißt zu Hause sein: Handbuch für die Praxis gemeindenahen Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg/Lahn: Lebenshilfe-Verlag, 1995

(47)

Lindmeier 2002

Lindmeier, Chr.: Geistige Behinderung

http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Behinderung/s_334.html, verfügbar am 10.04.2009

(48)

Metzler 1998

Metzler, H. & Wacker, E.: Behinderte Menschen. In: Häussler-Sczepan, Monika/Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Einrichtungen. (S. 77-98) Stuttgart: Kohlhammer, 1998

(49)

Mühl 1991

Mühl, H.: Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, 1991

(50)

Neumann 1999

Neumann, J.: 40 Jahre Normalisierungsprinzip – von der Variabilität eines Begriffs. In: Geistige Behinderung, Marburg/Lahn: Lebenshilfe Verlag, 38 (1999), Nr. 1

(51)

Neubert 2004

Neubert, M.: Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung. Möglichkeiten und Grenzen der Integration und Normalisierung. Diplomarbeit, Hochschule Mittweida, Fachbereich Soziale Arbeit, Rosswein 2004

(52)

Niehoff 2002

Niehoff, U.: Ausgrenzung verhindern! Inklusion und Teilhabe verwirklichen. In: Fachdienst der Lebenshilfe. Marburg/Lahn: Lebenshilfe-Verlag, (2002), Nr. 1
(53)

Seidel 2003

Seidel, K. R.: Paradigmenwechsel in der Behindertenarbeit anhand des Strukturwandels der PROVITAS-Wohnstätte für geistig behinderte Menschen Schneeberg. Diplomarbeit, Hochschule Mittweida, Fachbereich Soziale Arbeit, Rosswein 2003
(54)

Seifert 1993

Seifert, M.: Zur Wohnsituation von Menschen mit geistiger Behinderung in Berlin – Bestandsaufnahme und Perspektiven. Bericht des Forschungsprojektes „Wohnen mit schwerer geistiger Behinderung in Berlin“, Laufzeit: 09/1990-08/1992, 2. Aufl. FU Berlin, Institut für Sonder- und Heilpädagogik, Berlin, 03/1993
(55)

Seifert 1995

Seifert, M.: Über 1000 Menschen mit geistiger Behinderung fehlplatziert. Ergebnis einer Studie zur Wohnsituation von Menschen mit geistiger Behinderung in Berlin. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte (Hrsg.). Wohnen heißt zu Hause sein. Handbuch für die Praxis gemeindenahen Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung. 2. Auflage. (S. 75-84). Marburg: Lebenshilfe-Verlag, 1995
(56)

SGB IX 2001

Neuntes Buch des Sozialgesetzbuches – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Zuletzt geändert am 10.12.2001 (BGBl. I S. 3442), In: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Ratgeber für behinderte Menschen. Augsburg: ADV, 04/2002
(57)

Speck 1993

Speck, O.: Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Erziehung. 7. Auflage. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co. Verlag, 1993.

(58)

Speck 2003

Speck, O.: Behinderung als Hilfsbedürftigkeit und Integration als praktisches Problem.

<http://www.2.uibk.ac.at/bidok/library/selbstbestimmt/vif-selbstbestimmung.html>, verfügbar

am 10.04.2009

(59)

Spiegel 1999

Spiegel, A.: Die Umsetzung von „Normalisierungsprinzipien“ im Wohnheim. In: Weinwurm-Krause, E. M. (Hrsg.): Autonomie im Heim. Auswirkungen des Heimalltags auf die Selbstverwirklichung von Menschen mit Behinderung. Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter, 1999

(60)

SMS 2007

Sächsisches Staatsministerium für Soziales (Hrsg.): Altenhilfe – Rahmenplan. Freistaat Sachsen. Dresden 2007

(61)

SMS 2009

Sächsisches Staatsministerium für Soziales (Hrsg.): 4. Bericht zur Lage der Menschen mit Behinderung im Freistaat Sachsen. Dresden 2009

(62)

Statistisches Landesamt 2009

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen – Kreisstatistik 2009 für Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge (Amtlicher Gemeindeschlüssel –5-Steller = 14628 / Gebietsstand 01.01.2009)

<http://www.statistik.sachsen.de/Index/22kreis/2009/14628000.htm>, verfügbar am

03.05.2009

(63)

Thesing 1993

Thesing, T.: Betreute Wohngruppen und Wohngemeinschaften für Menschen mit einer geistigen Behinderung. 2. Aufl. Freiburg: Lambertus, 1993

(64)

Theunissen 1991

Theunissen, G.: Wege aus der Hospitalisierung: Förderung und Integration schwerstbehinderter Menschen. 2. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1991

(65)

Theunissen 1994

Theunissen, G.: Wege aus der Hospitalisierung: Förderung und Integration schwerstbehinderter Menschen. 3. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1994

(66)

Theunissen 1995

Theunissen, G.: Ausgliederung geistig behinderter Menschen aus der Psychiatrie – Internationale Entwicklungen, zur Lage in den neuen Bundesländern und zu Reformen in der alten Bundesrepublik. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V.

(Hrsg.): Wohnen heißt zu Hause sein – Handbuch für die Praxis gemeindenahen Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg/Lahn: Lebenshilfe-Verlag. 1995

(67)

Theunissen 1996

Theunissen, G.: Wider der Psychiatrisierung geistiger Behinderung. Marburg/Lahn: Lebenshilfe-Verlag, 35 (1996), Nr. 4

(68)

Theunissen 1999

Theunissen, G.: Wege aus der Hospitalisierung. Bonn. Psychiatrie-Verlag gGmbH, 1999

(69)

Theunissen 2002

Theunissen, G. & Dieter, M. & Neubauer, G.: Lebensweltbezogene Behindertenarbeit. Zum Wohnen institutionalisierter Menschen mit geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. In: Behindertenpädagogik. Jahrgang 41, Heft 1, 2002
(70)

Thimm 1994

Thimm, W.: Das Normalisierungsprinzip. Eine Einführung. 5. Aufl. Marburg/Lahn: Lebenshilfe-Verlag, 1994
(71)

Thimm 2008

Thimm, W.: Das Normalisierungsprinzip. Ein Lesebuch zu Geschichte und Gegenwart eines Reformkonzepts. 2. Aufl. Marburg/Lahn: Lebenshilfe Verlag 2008
(72)

Tröster 1996

Tröster, H.: Einstellungen und Verhalten gegenüber Menschen mit Behinderungen. In: Zwierlein, Eduard (Hrsg.). Handbuch Integration und Ausgrenzung. Neuwied – Luchterhand-Verlag
(73)

Verband ev. Einrichtungen 1993

Verband evangelischer Einrichtungen für geistig und seelisch Behinderte e.V. (Hrsg.): Die Sivas-Methode. Menschen mit geistiger Behinderung entwickeln sich durch gemeinschaftliches Handeln. 1. Aufl. Stuttgart: Verlagswerk der Diakonie, 1989
(74)

Wacker 1985

Wacker, E. & Neumann, J. (Hrsg.): Geistige Behinderung und soziales Leben, 1. Aufl., Frankfurt, New York: Campus-Verlag, 1985
(75)

Wacker 1995

Wacker, E.: Wege zur selbständigen Lebensführung als Konsequenz aus einem gewandelten Behinderungsbegriff. In: Neumann, Johannes (Hrsg.). Behinderung. Von der Vielfalt eines Begriffs und dem Umgang damit. Tübingen: Attempo, 1995

(76)

Wacker 1998

Wacker, E. & Wetzler, R. & Metzler, H. & Hornung, C.: Leben im Heim – Angebotsstrukturen und Chancen selbständiger Lebensführung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft 1998

(77)

Weinwurm-Krause 1999

Weinwurm-Krause, E.-M.: Grundlagen der Wohnpsychologie. In: Weinwurm-Krause, Eva-Maria (Hrsg.). Autonomie im Heim. Auswirkungen des Heimalltags auf die Selbstverwirklichung von Menschen mit Behinderung. Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter, 1999

(78)

Wendeler 1993

Wendeler, J.: Geistige Behinderung. Pädagogische und psychologische Aufgaben. Weinheim und Basel: Beltz Verlag – Grüne Reihe, 1993

(79)

Wetzler 1998

Wetzler, R.: Einrichtungen der Behindertenhilfe. In: Häussler-Sczepan, Monika/Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Einrichtungen. Stuttgart: Kohlhammer, 1998

(80)

Windisch & Kniel 1993

Windisch, M. & Kniel, A.: Lebensbedingungen behinderter Erwachsener. Eine Studie zu Hilfebedarf, sozialer Unterstützung und Integration. Weinheim: Deutscher Studienverlag 1993

(81)

Zwierlein 1996

Zwierlein, E. (Hrsg.): Handbuch der Integration und Ausgrenzung. 1. Aufl. Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand Verlag 1996

(82)

Zielniok & Schmidt-Thimme 1990

Zielniok, W. J & Schmidt-Thimme, D.: Gestaltete Freizeit mit geistig Behinderten. 4. erw. Aufl. Heidelberg: Schindele 1990

(83)

9. **Selbständigkeitserklärung**

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Bernburg, den 26.05.2009

Lothar Gollnick